



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**ANÁLISE DE CENÁRIOS PARA O
PLANEAMENTO DE RECURSOS HUMANOS
DA SAÚDE:
O FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO EM
PORTUGAL, 2020**

João Pedro Bernardo Gregório

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE E
DESENVOLVIMENTO**

JUNHO, 2011



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**ANÁLISE DE CENÁRIOS PARA O PLANEAMENTO DE
RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE:
O FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO EM PORTUGAL,
2020**

Autor:

João Pedro Bernardo Gregório, Farmacêutico, Especialista em Farmácia Comunitária

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Saúde e Desenvolvimento, especialidade em Gestão de Programas, realizada sob a orientação científica de:

Orientador:

Professor Doutor Luís Velez Lapão

AGRADECIMENTOS

A decisão de iniciar um curso de mestrado fora da área na qual me especializei nunca é uma decisão fácil. Entrei no IV Mestrado em Saúde e Desenvolvimento com a expectativa de aprender mais sobre o funcionamento dos Sistemas de Saúde, e sobre a situação da Saúde nos países em desenvolvimento, de forma a saciar a minha curiosidade. Ao fim de ano e meio, não poderia estar mais satisfeito com esta decisão, pelo que gostaria de agradecer ao conjunto de pessoas que tornaram a concretização deste mestrado uma realidade.

Gostaria de agradecer ao meu orientador Prof. Luís Lapão, que me sugeriu a ideia de realizar este estudo sobre o futuro do farmacêutico comunitário. A sua orientação científica, as suas numerosas críticas e sugestões e a sua constante disponibilidade e atenção, ajudaram a tornar este projecto uma realidade. Uma palavra de agradecimento também para o Prof. Gilles Dussault, pelos seus sempre muito úteis comentários. Quero também agradecer a todos os participantes nos workshops de cenarização, pela sua disponibilidade e espírito crítico, sem os quais não teria sido possível realizar este trabalho.

À Dra. Crisanta Capão e a toda a equipa da Farmácia Idanha, que me acompanharam desde o início da minha actividade profissional, ajudando-me a desenvolver as minhas competências pessoais e profissionais e permitindo-me a prática de farmácia comunitária segundo valores éticos e de solidariedade que, na minha opinião, devem ser imagem de marca de um farmacêutico.

A todos os meus colegas do curso de mestrado. Pelas dificuldades partilhadas, pela aprendizagem e pelo companheirismo nos momentos de descompressão. Sem eles teria sido muito mais difícil. Uma palavra especial de agradecimento para a Cláudia Leone, Sofia Lopes e Susana Ferreira, que acompanharam mais de perto a elaboração desta tese, pelo apoio e pela disponibilidade para contribuir com sugestões, questões e discussões sobre o tema.

Por fim, um agradecimento especial para a minha família e amigos, por todo o apoio, amizade, motivação e incentivo que me deram durante este período.

RESUMO

CONTEXTO: O Farmacêutico Comunitário português tem conseguido lidar com a mudança e com os novos desafios do sistema de saúde. Em 2007, nova legislação deu ao Farmacêutico Comunitário a possibilidade de prestar novos serviços, para além da dispensa de medicamentos. Juntamente com a actual tendência dos cuidados de saúde centrados no doente, com a inovação tecnológica e com a reforma dos cuidados de saúde primários, surge agora uma oportunidade para aperfeiçoar o papel que o Farmacêutico Comunitário pode ter no sistema de saúde português, sendo objectivo deste trabalho analisar as possibilidades de participação do futuro Farmacêutico Comunitário no Sistema de Saúde em Portugal.

MÉTODOS: Para a realização deste estudo, usámos o método de análise de cenários, visando definir cenários para o futuro dos Farmacêuticos Comunitários em Portugal. Convidámos profissionais conhecedores do contexto para a realização de 2 *workshops* de cenarização. Após identificarmos as principais incertezas que determinarão o futuro do Farmacêutico Comunitário, construímos 3 cenários plausíveis representando, cada um deles, 3 futuros alternativos.

RESULTADOS: A informação recolhida no primeiro *workshop* permitiu-nos identificar as incertezas críticas que irão influenciar o futuro do Farmacêutico Comunitário. Os eixos que parecem ser os que mais determinarão o futuro são: a Capacidade de Desenvolvimento de Serviços, reflectindo as diferenças em inovação e desenvolvimento de serviços entre farmácias; e o Ambiente Legislativo, reflectindo a maior ou menor tendência para a liberalização do mercado das farmácias e do próprio sistema de saúde. Esta análise permitiu-nos enquadrar o futuro do Farmacêutico Comunitário em três cenários que denominámos “Pharmacy-Mall”, “e-Pharmacist”, e “Reorganize or die”.

CONCLUSÃO: No cenário “Pharmacy-Mall”, o papel do Farmacêutico Comunitário será o de supervisionar a dispensa de medicamentos na farmácia, podendo ter severas implicações no emprego dos Farmacêuticos Comunitários. No cenário “e-Pharmacist”, o Farmacêutico Comunitário estará mais dedicado à prestação de serviços para o sistema de saúde, podendo exercer fora do contexto da farmácia. No cenário “Reorganize or die”, o Farmacêutico Comunitário será levado a desenvolver e vender novos serviços para assim aumentar os lucros da farmácia. Independentemente de qualquer dos cenários pode-se concluir que o Farmacêutico Comunitário terá de obter novas competências em áreas que tradicionalmente não são do âmbito do farmacêutico tais como, técnicas de gestão, domínio das tecnologias de informação e técnicas de marketing.

PALAVRAS-CHAVE: Farmacêutico Comunitário, Análise de cenários, Inovação de Serviços Farmacêuticos, Portugal

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Portuguese Community Pharmacists are facing the normal challenges of an evolving health system. Recently, new legislation enabled Community Pharmacists to provide new services, beyond the traditional role of dispensing. Considering the current trend of patient centered healthcare, the primary care reform and the technological evolution, the objectives of this study are to analyze the future Community Pharmacists' participation in the Portuguese health system and what will be the education needs of these professionals.

METHODS: We used the scenario analysis' method, aiming to define scenarios for the future of the Portuguese Community Pharmacist. We invited 8 personalities, to 2 scenario workshops, in December 2010 and January 2011. After identifying the critical uncertainties we designed 3 plausible scenarios, representing 3 alternative futures

RESULTS: The workshops allowed us to identify the critical uncertainties that will be the drivers of change for the Community Pharmacists. These were found to be the Ability to develop Services, with more or less innovation between pharmacies, and the Legislative Environment, with a more or less liberalized pharmacy market and health system. This analysis enabled us to frame the future of the Community Pharmacists in 3 distinct scenarios, which we named "Pharmacy-Mall", "e-Pharmacist", and "Reorganize or die".

CONCLUSIONS: In the "Pharmacy-Mall" scenario, the main role of the Community Pharmacist will be supervising dispensing procedures. The Community Pharmacists will then need more managing skills and knowledge of administrative matters. In the "e-Pharmacist" scenario, the Community Pharmacists will be dedicated to providing services beyond dispensing, thus needing abilities in areas such as disease management and IT skills. In the "Reorganize or die" scenario, the Community Pharmacist will develop new services and innovate ways to provide them, needing sales techniques and customer relations abilities. Regardless of any scenario, it seems clear that the future Community Pharmacists will have to obtain abilities that traditionally are outside their competences, namely researcher, managing, customer relations and IT skills.

KEYWORDS: Community pharmacist, Scenario analysis, Pharmaceutical Services Innovation, Portugal

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO.....	II
ABSTRACT.....	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE FIGURAS	VI
ÍNDICE DE TABELAS.....	VII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VIII
CAPITULO 1: INTRODUÇÃO	1
CAPITULO 2: O PAPEL DO FARMACÊUTICO COMUNITARIO E SUA EVOLUÇÃO	4
2.1. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS E CUIDADOS FARMACÊUTICOS	6
2.2. O FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO PORTUGUÊS	11
2.2.1. <i>Papel das organizações profissionais.....</i>	<i>17</i>
2.2.2. <i>A relação com o SNS e CSP</i>	<i>19</i>
2.3. O PAPEL DOS UTENTES	22
2.4. A EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA	26
2.4.1. <i>e-Prescribing e Telefarmácia</i>	<i>28</i>
2.5. OUTROS FACTORES COM INFLUÊNCIA NO FUTURO DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO	34
2.6. ESCOLHA DA METODOLOGIA E OBJECTIVOS	39
CAPITULO 3: MÉTODOS.....	41
3.1. METODOLOGIA DE CENARIZAÇÃO	42
3.2. PROCESSO DE DEFINIÇÃO DE CENÁRIOS PARA O FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO	46
3.3. MATERIAL E POPULAÇÃO.....	49
CAPITULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
4.1. ESCOLHA DAS FORÇAS-MOTRIZES	51
4.1.1. <i>Serviços Farmacêuticos.....</i>	<i>51</i>
4.1.2. <i>Ambiente Económico/Situação Financeira das Farmácias.....</i>	<i>52</i>
4.1.3. <i>Vontade Política</i>	<i>54</i>
4.1.4. <i>Utentes.....</i>	<i>55</i>
4.1.5. <i>Papel das Organizações Profissionais</i>	<i>55</i>
4.1.6. <i>Cuidados de Saúde Primários (CSP).....</i>	<i>56</i>
4.2. DECISÃO DAS PRINCIPAIS INCERTEZAS CRÍTICAS	57
4.3. DEFINIÇÃO DOS EIXOS DOS CENÁRIOS	58
4.4. CARACTERIZAÇÃO DOS CENÁRIOS	65
4.4.1. <i>Cenário I – “Pharmacy-Mall”</i>	<i>66</i>
4.4.2. <i>Cenário II – “e-Pharmacist”</i>	<i>70</i>
4.4.3. <i>Cenário III – “Reorganize or die”</i>	<i>75</i>
4.5. IMPLICAÇÕES DOS CENÁRIOS	79
4.5.1. <i>Cenário I – “Pharmacy-Mall”</i>	<i>80</i>
4.5.2. <i>Cenário II – “e-Pharmacist”</i>	<i>81</i>
4.5.3. <i>Cenário III – “Reorganize or die”</i>	<i>83</i>
4.6. ESTRATÉGIAS PARA O FUTURO.....	85
4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E NOVAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	94

CAPITULO 5: CONCLUSÃO.....	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - RANKING DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS PRESTADOS	10
FIGURA 2 - DISTRIBUIÇÃO DOS FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS POR FAIXA ETÁRIA	11
FIGURA 3 - GRÁFICO COM A EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS NA ÚLTIMA DÉCADA	12
FIGURA 4 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE DIPLOMADOS, FARMACÊUTICOS E FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS INSCRITOS NA ORDEM.....	12
FIGURA 5 - MARGENS DE LUCRO SOBRE OS MEDICAMENTOS SUJEITOS A RECEITA MÉDICA OS INTERVENIENTES NO CIRCUITO DE DISTRIBUIÇÃO	14
FIGURA 6 - DISTRIBUIÇÃO DOS ENCARGOS COM MEDICAMENTOS EM PERCENTAGEM DO PVP.....	14
FIGURA 7 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE FARMÁCIAS EM PORTUGAL NA ÚLTIMA DÉCADA.....	15
FIGURA 8 - NÚMERO DE FARMACÊUTICOS POR FARMÁCIA.....	16
FIGURA 9 - REPRESENTAÇÃO CONCEPTUAL DO PAPEL DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO NO SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS	20
FIGURA 10 - PROECÇÃO DOS ÍNDICES DE ENVELHECIMENTO	23
FIGURA 11 - EVOLUÇÃO DOS ENCARGOS DO SNS COM MEDICAMENTOS, POR GRUPO FARMACOTERAPÊUTICO	23
FIGURA 12 - ESQUEMA DO FUNCIONAMENTO DA TEP NA SUÉCIA	30
FIGURA 13 - QUADRO CONCEPTUAL COM OS FACTORES QUE INFLUENCIAM O PAPEL DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO	35
FIGURA 14 - PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS PARA CONSTRUÇÃO DE CENÁRIOS	43
FIGURA 15 - 5 CARACTERÍSTICAS COMUNS DE TODOS OS CENÁRIOS	44
FIGURA 16 - TESTES DE CONSISTÊNCIA E PLAUSIBILIDADE DOS CENÁRIOS SEGUNDO SCHOEMAKER	48
FIGURA 17 - PRIMEIROS CENÁRIOS TEMÁTICOS	58
FIGURA 18 – DIFERENÇAS DE INCENTIVOS ENTRE OS FARMACÊUTICOS DO REINO UNIDO E DE ESPANHA ..	61
FIGURA 19 - CENÁRIOS FINAIS	66
FIGURA 20 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE FARMÁCIAS NO CENÁRIO I.....	68
FIGURA 21 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE FARMACÊUTICOS POR FARMÁCIA NO CENÁRIO I.....	68
FIGURA 22 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO TÉCNICOS E AUXILIARES DE FARMÁCIA NO CENÁRIO I	69
FIGURA 23 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE FARMACÊUTICOS, FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS E RECÉM-DIPLOMADOS NO CENÁRIO I	69
FIGURA 24 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE FARMÁCIAS NO CENÁRIO II	71
FIGURA 25 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE PARAFARMÁCIAS NO CENÁRIO II.....	72
FIGURA 26 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE FARMACÊUTICOS POR FARMÁCIA NO CENÁRIO II	73
FIGURA 27 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO TÉCNICOS E AUXILIARES DE FARMÁCIA NO CENÁRIO II	73
FIGURA 28 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE FARMACÊUTICOS, FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS E RECÉM-DIPLOMADOS NO CENÁRIO II	74
FIGURA 29 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE FARMÁCIAS NO CENÁRIO III	76
FIGURA 30 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE FARMACÊUTICOS POR FARMÁCIA NO CENÁRIO III	77
FIGURA 31 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE TÉCNICOS E AUXILIARES POR FARMÁCIA NO CENÁRIO III.....	77
FIGURA 32 - EVOLUÇÃO NO NÚMERO DE FARMACÊUTICOS, FARMACÊUTICOS COMUNITÁRIOS E RECÉM-DIPLOMADOS NO CENÁRIO III.....	78

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 - BENEFÍCIOS POTENCIAIS NO USO DA TEP.....	31
TABELA 2 - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL E ACADÉMICO DOS PARTICIPANTES NOS WORKSHOPS DE CENARIZAÇÃO	50
TABELA 3 - FACTORES COM MAIOR RELEVÂNCIA PARA O FUTURO DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO PORTUGUÊS QUE EMERGIRAM NOS <i>WORKSHOPS</i>	58
TABELA 4 - RESUMO DAS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS E IMPLICAÇÕES DOS CENÁRIOS ELABORADOS	85
TABELA 5 - FACILITADORES PARA A MUDANÇA DE PRÁTICAS IDENTIFICADOS EM ESPANHA	92
TABELA 6 - INDICADORES PARA ACOMPANHAR A EVOLUÇÃO DA MUDANÇA DO PAPEL DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO EM PORTUGAL.....	93

Lista de Abreviaturas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

AFP – Associação das Farmácias de Portugal

ANF – Associação Nacional das Farmácias

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DTP – *Direct to Pharmacy*

FIP – Federação Internacional de Farmácia

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I. P.

MNSRM – Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica

OF – Ordem dos Farmacêuticos

PVP – Preço de Venda ao Público

RFID – *Radio-Frequency Identification*

SNF – Sindicato Nacional dos Farmacêuticos

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TEP – Transferência Electrónica de Prescrições

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

ULS – Unidades Locais de Saúde

USF – Unidades de Saúde Familiares

CAPITULO 1: INTRODUÇÃO

Em Portugal, o farmacêutico comunitário ou de oficina é um farmacêutico inscrito na Ordem dos Farmacêuticos que exerce a sua actividade profissional nas farmácias comunitárias, também designadas de farmácias de oficina.

No início do século passado, o farmacêutico de oficina era responsável pela preparação, disponibilização e avaliação dos medicamentos que colocava no mercado. Exercia o clássico papel do boticário, exercendo a sua actividade em pequenas unidades onde a preparação de medicamentos era ainda um método completamente artesanal. Este papel mais tradicional começou a desaparecer, sobretudo nos países mais industrializados, devido à diminuição da necessidade da preparação extemporânea de medicamentos, à medida que cada vez mais formas farmacêuticas iam sendo produzidas industrialmente (Anderson, 2002). Desde então, a profissão de farmacêutico comunitário evoluiu acompanhando sempre a evolução tecnológica. Mas actualmente, tanto a venda a retalho como a dispensa de medicamentos a nível hospitalar, já começam a procurar novas formas de dispensa que não necessitem do envolvimento de um profissional caro como o farmacêutico (Maddux et al., 2000). Entre as inovações que pretendem diminuir esse envolvimento temos a prescrição electrónica, sistemas de suporte à decisão clínica, certificação de técnicos, robotização e diversas aplicações de telefarmácia, incluindo supervisão farmacêutica à distância (Zellmer, 2010). Estas inovações tecnológicas têm posto em causa o papel do farmacêutico comunitário, como “dispensador” de medicamentos, levando a que este acabe por ter mais tempo disponível para outras actividades.

Nas últimas quatro décadas, ocorreram mudanças de práticas nas farmácias, afastando-se estas gradualmente do seu objectivo original de apenas providenciar medicamentos à população passando a estar mais focadas no doente, com prestação de cuidados especializados e disponibilização de informação (Maddux et al., 2000). Este movimento resultou na promulgação da prática clínica e dos serviços farmacêuticos como o novo paradigma para o farmacêutico do futuro. A utilização destes serviços de forma estruturada deu origem aos programas de cuidados farmacêuticos, que emergiram no início da década de 90 na sequência do trabalho de Hepler & Strand (1990), que se tornou um marco na história do desenvolvimento do novo papel do farmacêutico

comunitário. Desde então, é aceite que existe a necessidade de mudar o foco do produto para os serviços.

Mas esta é uma mudança que tem ocorrido a um ritmo lento, influenciada por inúmeros factores externos e por barreiras que os próprios profissionais apresentam. Entre os factores externos, a pressão exercida sobre o sistema de saúde pelas alterações demográficas e de prevalência de doenças assim como pelas expectativas dos doentes e gestão de custos, tem levado os sistemas de saúde a serem dirigidos por conceitos como qualidade, segurança, abordagem multidisciplinar, avanços tecnológicos, custo-efectividade e uma mudança para os cuidados preventivos em vez de curativos, para os quais os medicamentos são essenciais (Benrimoj, 2011). O farmacêutico, como especialista do medicamento, fica então num limbo onde começa a ver o seu papel a perder importância, sendo agora crucial encontrar a melhor forma de fazer essa transição englobando todos os profissionais, desde as faculdades até às farmácias.

Os farmacêuticos comunitários em Portugal são uma classe profissional jovem, e maioritariamente feminina (O.F., 2009). Entre as diversas actividades que são da responsabilidade de Farmacêuticos, a Farmácia Comunitária é a que mais tem contribuído para absorver um grande número de jovens recém-licenciados. Mas actualmente, com os constrangimentos económicos que o mercado das farmácias e da indústria farmacêutica tem enfrentado, cresce a preocupação com um número crescente de jovens farmacêuticos que saem todos os anos das Universidades e que encontram um mercado de trabalho estagnado. Estes jovens poderão constituir mais uma das forças de mudança do papel destes profissionais, sendo a integração no sistema de saúde uma das saídas que se auguram para o farmacêutico comunitário, se assumir a prática centrada no doente como o seu papel principal. Com a reforma dos cuidados de saúde primários a decorrer neste momento em Portugal, abre-se outra janela de oportunidade tanto para estes profissionais repensarem o seu modo de actuação dirigindo a sua prestação de serviços para o doente, tanto para a própria rede de cuidados de saúde primários que tem a oportunidade de integrar estes profissionais.

O presente ambiente económico pode trazer uma oportunidade para que esta mudança se efectue com mais velocidade. A necessidade de conter custos, e as recentes alterações legislativas, vieram a debilitar o mercado das farmácias, com as margens de

lucro a diminuir. As alterações mais significativas devem-se à aprovação do Decreto-Lei nº 134/2005 de 16 de Agosto, que criou a possibilidade dos Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) serem comercializados fora das farmácias em locais registados no INFARMED para o efeito, e à aprovação do Decreto-Lei nº 307/2007 de 31 de Agosto, com a possibilidade de existirem proprietários não farmacêuticos e de se poder acumular a propriedade de até quatro estabelecimentos. Na sequência da aprovação deste Decreto-Lei, foram aprovadas diversas portarias que regulam a prática de actividades e prestação de serviços que até então estavam vedados ao farmacêutico, como a venda de medicamentos *online* com entregas ao domicílio ou a administração de medicamentos e vacinas.

Sendo este um contexto de elevada incerteza, em que as previsões tenderão a falhar, é necessário abordar o problema do futuro do farmacêutico comunitário português com uma visão estratégica, permitindo analisar todas as alternativas para o papel do farmacêutico comunitário, mesmo as que à partida pareçam pouco prováveis. Assim, para abordar esta problemática, recorreremos a uma técnica utilizada em pensamento estratégico que é a análise de cenários. O objectivo da análise de cenários não é prever ou escrever o futuro, mas sim melhorar a compreensão do ambiente no qual a organização está inserida e usar essa compreensão para tomar melhores decisões, tanto no presente como no futuro. Esta metodologia já foi usada para pesquisa de futuros de diversas organizações e mesmo de grupos profissionais. No caso dos farmacêuticos, Leufkens et al., (1997), demonstraram a utilidade deste método aplicado ao estudo do futuro da Farmácia Clínica. Mais tarde, Nørgaard et al. (2001) usaram este método na pesquisa de futuros para o farmacêutico comunitário dinamarquês.

Esta tese está dividida em 5 capítulos, começando por esta introdução. No capítulo 2 faremos a contextualização do problema com o levantamento das características actuais do papel do farmacêutico comunitário bem como dos factores e barreiras para a realização da mudança. No capítulo 3 descreveremos a metodologia aplicada, para depois no capítulo 4 apresentarmos os nossos resultados e respectiva discussão, terminando no capítulo 5 com as conclusões.

CAPITULO 2: O PAPEL DO FARMACÊUTICO COMUNITARIO E SUA EVOLUÇÃO

No início do século XX, o farmacêutico era responsável pela disponibilização, preparação e avaliação dos fármacos que eram utilizados no tratamento das diversas enfermidades. A sua principal obrigação era avaliar se os produtos que vendia eram puros e devidamente preparados, embora também fosse obrigado a prestar aconselhamento. Este papel mais tradicional começou a desaparecer, sobretudo nos países mais industrializados entre 1930 e 1970 (Anderson, 2002), devido à diminuição da necessidade da preparação extemporânea de medicamentos, à medida que cada vez mais formas farmacêuticas iam sendo produzidas industrialmente. Também a crescente autonomia dos médicos no que concerne à escolha de agentes terapêuticos, veio tornar ainda mais limitado o papel dos farmacêuticos comunitários (Berenguer et al., 2004). Assim, o papel do farmacêutico comunitário evoluiu, de um produtor e dispensador de medicamentos manipulados, para dispensador de produtos e medicamentos industriais, e hoje, de forma lenta, de dispensador de medicamentos para um prestador de cuidados de saúde centrados no doente (Maddux et al., 2000, Wiedenmayer et al., 2006), um movimento que se pode considerar uma mudança de paradigma. Tradicionalmente, o farmacêutico era o responsável por assegurar que o doente recebe o medicamento certo prescrito pelo médico e que é seguro de utilizar. O novo paradigma é que o farmacêutico é responsável por assegurar que o doente faz o melhor uso do medicamento e que os resultados esperados são alcançados (Zellmer, 2010).

Hoje em dia, os farmacêuticos exercem a sua actividade num ambiente de rápido desenvolvimento, onde é difícil acompanhar os últimos desenvolvimentos tecnológicos, onde os utentes estão cada vez melhor informados, recorrendo à Internet antes de irem ao médico ou consultarem um farmacêutico, e onde as consequências do erro são cada vez maiores, mas o seu papel neste ambiente continua a ser promover o uso seguro, efectivo e racional dos medicamentos, na comunidade que servem (Anderson, 2002).

A contribuição do farmacêutico actual para o sistema de saúde pode ser observada em 5 temas abrangentes, segundo a *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain*, citada por Anderson (2002). Na gestão da terapêutica prescrita, o farmacêutico deve trabalhar para ajudar os doentes a obterem o maior benefício da sua medicação, estando

envolvidos em todas as fases da cadeia de distribuição, desde o desenvolvimento à disponibilização dos medicamentos e informação relevante; Na gestão de doenças crónicas, além da disponibilização de medicamentos e apoio que estes doentes precisam, também têm estado envolvidos no desenvolvimento de protocolos que permitam aos doentes tirarem o maior benefício das suas terapêuticas, melhorando os resultados dos tratamentos; Na gestão de afecções menores, os farmacêuticos têm um papel vital como conselheiros de uma auto-medicação responsável, dando aconselhamento sobre terapêuticas não farmacológicas, fornecendo Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica (MNSRM) e referenciando os utentes para outros profissionais de saúde quando necessário; Na promoção de estilos de vida saudáveis, ajudam a população a manter um nível adequado de saúde, providenciando testes de rastreio, aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis e outros serviços, como medições de tensão arterial, determinações de colesterol ou glicemia, testes de gravidez, programas de cessação tabágica e de gestão de doenças como a Diabetes; por último, os farmacêuticos contribuem com os seus conhecimentos para o benefício de outros profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros.

Os farmacêuticos comunitários têm uma posição privilegiada dentro do Sistema de Saúde, sendo dos profissionais de saúde mais acessíveis à população (Chisholm-Burns et al., 2010, Duarte et al., 2007). Mas ainda assim, existem resistências à intervenção do farmacêutico para lá da dispensa de medicamentos (Muijrs et al., 2003). Um dos factores que contribui para essa resistência é o facto de o farmacêutico comunitário viver num dilema entre o negócio e o profissionalismo, entre os cuidados profissionais e informais (Anderson, 2002). O farmacêutico comunitário é o profissional de saúde cujo vencimento está mais dependente da venda de um produto, o que leva a que os farmacêuticos comunitários sejam vistos de forma ambígua pela população em geral, mantendo simultaneamente uma imagem de comerciante e profissional de saúde (Cavaco et al., 2005, Muijrs et al., 2003, Resnik et al., 2000). Além disso, apesar de ter adquirido novas competências, como a implementação de programas de cuidados farmacêuticos, enquanto manteve o seu papel de distribuidor de medicamentos, o facto de a adopção das novas competências ter sido feita de forma muito heterogénea, com a maioria dos farmacêuticos comunitários ainda a limitar as suas actividades à dispensa de medicamentos, não contribuiu para que esta imagem melhorasse (Zellmer, 2010).

Os serviços e os cuidados farmacêuticos, como veremos adiante, constituem os pontos fulcrais para esta nova faceta do farmacêutico. Estes traduzem-se em valor para os profissionais mas também para o sistema de saúde, não só pelas potenciais poupanças que geram mas também pelo potencial que apresentam em termos de melhoria da eficiência do sistema de saúde (Berenguer et al., 2004). Na perspectiva de um sistema de saúde no qual existe carência de profissionais médicos nos cuidados de saúde primários, a utilização do farmacêutico para prestação de cuidados de saúde, particularmente para doentes crónicos, pode ajudar a minimizar o impacto desta situação pois a sua formação permiti-lhe actuar ao nível da prevenção da doença e da recomendação e monitorização da terapêutica, para alcançar os efeitos clínicos desejados e diminuir os efeitos adversos (Chisholm-Burns et al., 2010).

O futuro do farmacêutico pode ser promissor, integrando-se efectivamente no sistema de saúde, ficando com a responsabilidade da gestão da medicação e dos aspectos relacionados como a promoção de práticas de utilização segura de medicamentos, divulgação de resultados terapêuticos com base na evidência diária, elaborando normas terapêuticas, efectuando investigação clínica, documentando os resultados e custo-eficácia das suas intervenções, providenciando informação e serviços informáticos a outros profissionais de saúde, e mantendo um padrão elevado de comportamento ético.

Nos subcapítulos seguintes, descrevemos quatro dos elementos fundamentais para a evolução do papel do farmacêutico comunitário. Iniciaremos com a descrição da evolução dos Serviços e Cuidados Farmacêuticos numa perspectiva global e nacional, para depois descrevermos brevemente o Farmacêutico Comunitário português, suas características, evolução e contexto de prática. Finalmente, apresentamos as características dos utentes e sua evolução, sua relação e as suas percepções do acesso e papel do farmacêutico comunitário, terminando com a descrição de evoluções tecnológicas com previsível impacto na próxima década.

2.1. SERVIÇOS FARMACÊUTICOS E CUIDADOS FARMACÊUTICOS

O movimento para uma prática mais centrada no doente, iniciado nos anos 60, resultou na promulgação dos princípios da prática clínica, serviços de informação e dos serviços farmacêuticos como novo paradigma da prática farmacêutica (Maddux et al.,

2000, Zellmer, 2010). O desenvolvimento destes serviços será fundamental no desenvolvimento do papel do farmacêutico comunitário do futuro.

Para além da dispensa de produtos farmacêuticos, os serviços farmacêuticos incluem informação, educação e comunicação para promover a saúde pública, a disponibilização de informação sobre medicamentos e aconselhamento, serviços regulamentares e educação e formação de equipas. No contexto da farmácia comunitária, os serviços farmacêuticos também passaram a incluir outro tipo de serviços, como as medições de parâmetros bioquímicos (glicemia, uricemia, colesterolemia, etc.), medições de tensão arterial, determinação de Índice de Massa Corporal, entre outros. Estes, não necessitam da intervenção directa do farmacêutico, designando-se de serviços farmacêuticos por serem executados no espaço da farmácia. Para se distinguirem, surgiu o conceito de serviços farmacêuticos diferenciados, que são definidos por Cipolle (1998) como “o uso de conhecimento especializado pelos farmacêuticos para os utentes ou profissionais de saúde com o objectivo de promover o uso seguro e eficaz da farmacoterapia”. São então todos os serviços que apenas podem ser prestados por farmacêuticos (Costa et al., 2006b). Entre estes, surgiu um novo conceito que separa os serviços farmacêuticos em serviços distributivos, isto é, aqueles que apenas estão relacionados com a dispensa de medicamentos, e serviços cognitivos, isto é, aqueles que implicam a utilização de conhecimento e de capacidades para lá das necessárias para dispensar medicamentos (Wiedenmayer et al., 2006), nos quais se englobam os serviços de gestão de doença e de terapêutica, entre outros.

A utilização destes serviços de forma estruturada deu origem aos programas de cuidados farmacêuticos. No início dos anos 90, a prestação de cuidados farmacêuticos foi aceite pela generalidade dos profissionais e universidades como a nova missão dos farmacêuticos comunitários (Berenguer et al., 2004). A definição que hoje é mais aceite em grande parte do mundo é de Hepler & Strand (1990) que define cuidados farmacêuticos como a “provisão responsável de terapia medicamentosa com o propósito de alcançar resultados que melhorem a qualidade de vida de um doente, num processo colaborativo, isto é, que necessita da colaboração do doente com vista a prevenir ou identificar e resolver problemas relacionados com os medicamentos ou problemas de saúde”. O trabalho publicado por Hepler & Strand (1990) foi um marco na história da evolução dos cuidados farmacêuticos. A implementação dos cuidados farmacêuticos foi

ainda mais aprofundada após a conferência da Federação Internacional de Farmácia (FIP) de 1993 em Tóquio, com a publicação de um documento onde se discute o papel do farmacêutico no sistema de saúde (WHO, 1993). Foi aceite que o futuro do farmacêutico comunitário estaria umbilicalmente ligado aos cuidados farmacêuticos, orientados não só para o indivíduo mas também para a comunidade. Desde então, é aceite que existe a necessidade de mudar o foco do produto para os serviços, de modo a assegurar a melhor terapêutica e a segurança do doente.

A prática dos cuidados farmacêuticos baseia-se na definição de objectivos pelo farmacêutico comunitário, em colaboração com outros serviços e profissionais de saúde, e também com o próprio utente (Berenguer et al., 2004). A intervenção do farmacêutico comunitário, no sentido de detectar precocemente efeitos adversos de medicamentos e falhas do tratamento, origina informação válida para os médicos que decidirão, se assim julgarem conveniente, se introduzem ou não alterações à terapêutica. Deste modo, o papel do farmacêutico deve ser percebido dentro do contexto de optimização terapêutica, com vista a melhorar a qualidade de vida de um doente.

De forma a atingir os objectivos definidos é necessário estabelecer alguns parâmetros: deve ser estabelecida e mantida uma relação profissional entre o utente e o farmacêutico comunitário; devem ser mantidos registos da medicação dispensada e recolhidas, organizadas, monitorizadas e mantidas informações específicas de cada utente; com base nas informações recolhidas, deve ser estabelecido, no caso de medicamentos de prescrição obrigatória, um plano terapêutico envolvendo o utente e o médico prescriptor. O conceito de cuidados farmacêuticos inclui também a farmacovigilância, aconselhamento e avaliação dos resultados dos tratamentos sendo que a responsabilidade final do farmacêutico para com o doente incide no custo, qualidade e resultados desses cuidados (van Mil et al., 2004b, Wiedenmayer et al., 2006).

Os trabalhos efectuados a nível mundial sobre este tema permitiram acumular importantes evidências que demonstram o efeito positivo na saúde dos utentes e no próprio sistema de saúde (Chisholm-Burns et al., 2010). No entanto, um dos obstáculos já identificados para a disseminação desta prática é que por vezes os resultados destes estudos não reflectem necessariamente intervenções bem-sucedidas, dado a dificuldade

em avaliar simultaneamente aspectos clínicos, humanísticos e económicos destas intervenções (Berenguer et al., 2004). Os diversos estudos apresentados, sobretudo nos Estados Unidos, indiciam que a intervenção dos farmacêuticos no ambulatório pode trazer alguns ganhos de eficiência. No entanto, a falta de robustez de muitos desses estudos não permite aferir qual o verdadeiro valor dos serviços farmacêuticos no ambulatório, tanto para o doente, como para o farmacêutico comunitário, sistema de saúde e sociedade (Chisholm-Burns et al., 2010).

A legislação portuguesa é clara quanto às responsabilidades do farmacêutico no processo de dispensa, tendo o Decreto-Lei 307/2007 definido a possibilidade de o farmacêutico providenciar serviços farmacêuticos de promoção de saúde e bem-estar na farmácia, para além da dispensa de medicamentos. Na ausência de regulação específica em Portugal, as farmácias foram implementando serviços ao longo dos últimos 20 anos tais como, medição da tensão arterial, peso, glicemia e colesterol total, com o respectivo aconselhamento (Costa et al., 2006b). Foram também desenhados programas para irem ao encontro de necessidades específicas da comunidade, como a recolha de embalagens e medicamentos usados, um programa de troca de seringas, de toma directa observada de metadona, e programas de cuidados farmacêuticos e de gestão de terapêutica conseguindo a sustentabilidade dessa política com o apoio da Associação Nacional das Farmácias (ANF) (Costa et al., 2006b).

Os primeiros programas de cuidados farmacêuticos desenvolvidos com o apoio da ANF focaram a sua actuação nas principais condições crónicas que afectam a nossa população nomeadamente, a Hipertensão, a Diabetes e a Asma. Os farmacêuticos que quisessem implementar os programas no seu local de trabalho receberiam formação na ANF, focando aspectos como a comunicação com o clínico e com o doente e aspectos técnicos relacionados com a intervenção, a nível da terapêutica e estilos de vida. O serviço que corresponde a esses programas é idêntico para as três condições e consiste em consultas na farmácia, num espaço reservado para o efeito, efectuando a recolha de informação necessária à intervenção, incluindo testes laboratoriais ou outros exames para efeitos de monitorização e diagnóstico (Guerreiro et al., 2010). Para o mais significativo dos programas, o Programa de Cuidados Farmacêuticos na Diabetes, havia a necessidade de as farmácias registarem junto do INFARMED se tinham farmacêuticos com a formação adequada à prestação desse serviço. Em Novembro de 2006, 262

farmácias tinham essa possibilidade, seguindo 1941 doentes (7,4 doentes por farmácia) (Costa et al., 2006b). Este programa já não se encontra em vigor, mas em Outubro de 2009, dois meses antes de o programa terminar, 405 farmácias podiam implementar o programa da diabetes seguindo em média 3,0 doentes (INFARMED, 2009).

Como se pode constatar na figura 1, a prestação de serviços nas “Farmácias Portuguesas”¹ incide sobretudo na determinação de parâmetros bioquímicos.

Figura 1 - Ranking dos Serviços Farmacêuticos prestados nas Farmácias Portuguesas

#	Ranking dos Serviços Farmacêuticos (vol.) YTDJun10
1	Checksaude - Colesterol Total
2	Checksaude - Pressao Arterial
3	Checksaude - Glicemia
4	Checksaude - Triglicerideos
5	Checksaude - Peso
6	Administração Med - Diversos
7	Checksaude - Gravidez
8	Meio Auxiliar D/T - Nutricao E Dietetica
9	Checksaude - IMC +Perimetro Abdominal
10	Checksaude - Ácido Urico
11	Checksaude - IMC
12	Administração Med - Vacina
13	Checksaude - Colesterol HDL
14	Checksaude - Perfil Lipidico
15	Checksaude - Hemoglobina
16	Checksaude - PSA
17	Meio Auxiliar D/T - Podologia
18	Checksaude - VEM
19	Checksaude - INR
20	PCF - Diabetes

(Fonte: Farmácia Observatório nº28, Junho 2010)

De realçar que serviços como consultas de nutrição e dietética ou podologia, que são prestados por profissionais destas áreas, têm um peso maior nos serviços das farmácias do que o programa de cuidados farmacêuticos da Diabetes ou outros serviços de gestão da doença, que nem sequer constam deste *ranking*.

Mais recentemente, Cavaco et al., (2009) desenvolveram um serviço de acompanhamento farmacoterapêutico onde tentam uma abordagem diferente, utilizando como prestador do serviço, um farmacêutico externo à farmácia, demonstrando que é possível a existência de farmacêuticos a exercerem a sua actividade sem necessitarem de pertencer aos quadros de uma farmácia.

¹ “Farmácias Portuguesas” é a designação de um programa de fidelização de clientes a que a grande maioria das farmácias associadas da ANF aderiu. Consiste na atribuição de pontos por euros de produtos que não necessitem de prescrição médica, podendo esses pontos ser rebatidos por outros produtos do mesmo género ou por serviços.

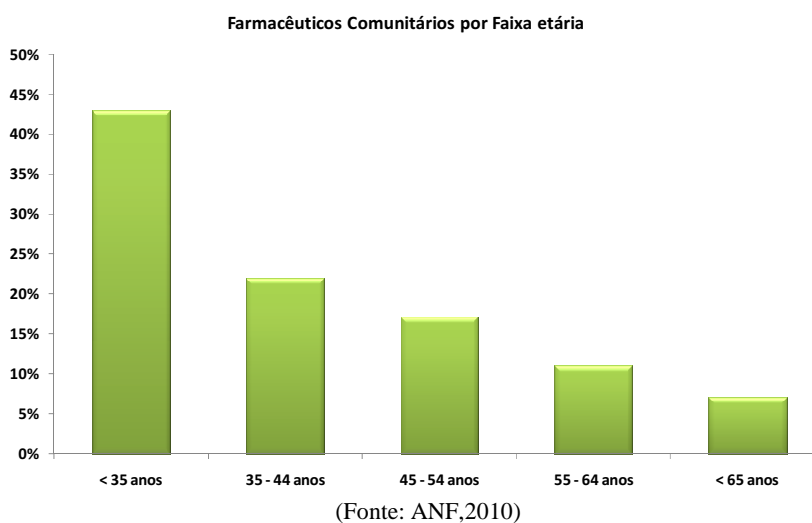
Em Portugal, os serviços prestados nas farmácias, diferenciados ou não, são pagos pelos utentes, com excepção dos serviços gratuitos (ex. toma observada de metadona) e do programa de cuidados farmacêuticos na Diabetes, que foi pago a 75% pelo Estado português (Guerreiro et al., 2010). É com a remuneração dos serviços, e as margens de lucro sobre medicamentos e outros produtos, que as farmácias asseguraram o seu funcionamento e o pagamento dos seus funcionários.

2.2. O FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO PORTUGUÊS

Em Portugal, todos os licenciados em Farmácia ou Ciências Farmacêuticas, inscritos na Ordem dos Farmacêuticos, são considerados Farmacêuticos (O.F., 2010). O Farmacêutico Comunitário é um membro da Ordem dos Farmacêuticos, que exerce a sua actividade profissional nas farmácias comunitárias, também designadas de farmácias de oficina.

Cerca de 2/3 dos farmacêuticos exercem a sua actividade no sector da farmácia comunitária (O.F., 2009), sendo que no final de 2009 existiam 7178 farmacêuticos comunitários (INFARMED, 2010). Destes, 65% têm idade inferior a 45 anos (Fig.2), e 80% são do sexo feminino (ANF, 2010). O rácio de farmacêutico por farmácia é já superior a 2 desde 2005 (INFARMED, 2010), tendo cada farmácia, em média, 5,7 colaboradores (ANF, 2010).

Figura 2 - Distribuição dos farmacêuticos comunitários por faixa etária



O número de farmacêuticos a exercer a sua actividade em farmácia comunitária aumentou 74 % entre 2000 e 2009 (INFARMED, 2006, INFARMED, 2010) (Fig.3),

numa média de 340 novos profissionais por ano. Este aumento é explicado pelo aumento de novos diplomados na última década (Fig.4) fruto da abertura de novos cursos de ciências farmacêuticas em diversas universidades. Entre 2000 e 2007 houve um aumento de 43% no número de diplomados (PORDATA, 2011), numa média neste período de 702 novos diplomados.

Figura 3 - Gráfico com a evolução do número de Farmacêuticos Comunitários na última década

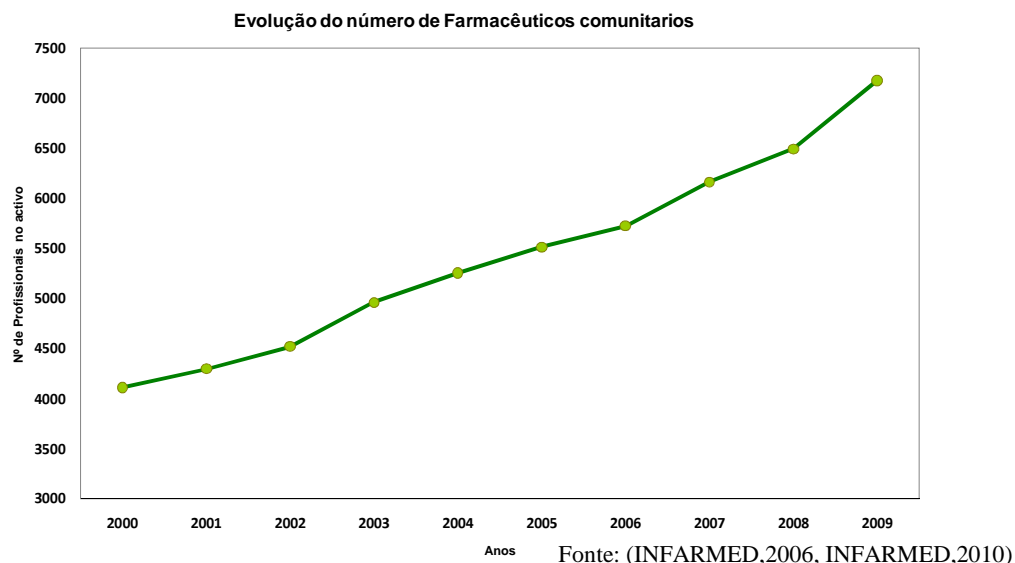
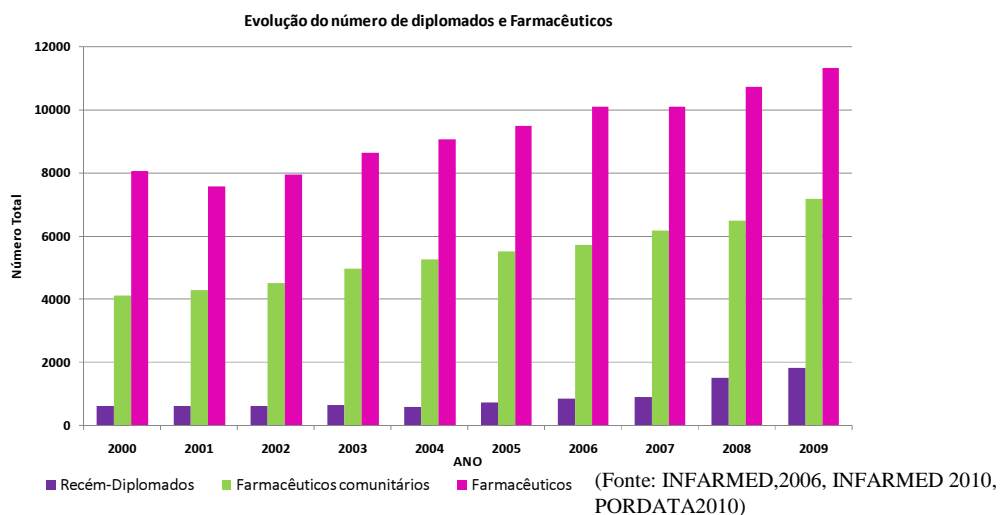


Figura 4 - Evolução do número de diplomados, farmacêuticos e farmacêuticos comunitários inscritos na Ordem



Uma das consequências do aumento de profissionais foi a maior distribuição destes profissionais pelo território, tendo o número de farmacêuticos por 100.000

habitantes aumentado 67%, existindo hoje aproximadamente 68 farmacêuticos comunitários por 100.000 habitantes (INFARMED, 2006, INFARMED, 2010, PORDATA, 2011). Um estudo efectuado por Rodrigues et al., (2007), encomendado pela Ordem dos Farmacêuticos, demonstra que a legislação em vigor até 2007 proporcionou uma distribuição homogénea das farmácias pelo país, o que obviamente levou a que exista também uma distribuição homogénea de farmacêuticos comunitários.

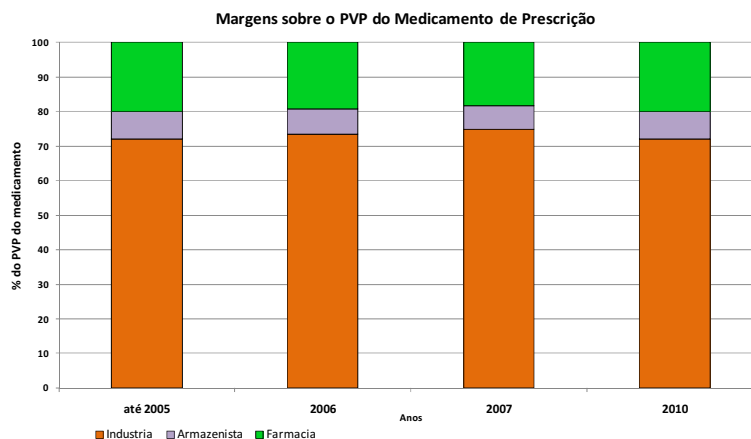
Actualmente, nove universidades oferecem o curso de mestrado integrado em ciências farmacêuticas, essencial para o acesso à profissão. No total ingressaram neste curso em 2010 cerca de 1114 alunos, um aumento de 6,5% em relação aos ingressos de 2008 (MCTES, 2011).

As farmácias comunitárias são o final de toda a cadeia do medicamento, onde ocorre a dispensa dos medicamentos, prescritos ou não, ao utente. Esta dispensa é da responsabilidade dos farmacêuticos e só pode ser efectuada por outros sob sua supervisão. Actualmente, além dos serviços farmacêuticos, constituem também um ponto de acesso a produtos de saúde e bem-estar, como cosméticos e produtos de saúde oral, tendo o Farmacêutico comunitário português sido determinante para reorientar o espaço das farmácias de um espaço de dispensa de medicamentos para um espaço de promoção da saúde pública e resolução de problemas sociais existentes na comunidade (Duarte et al., 2007).

Para os farmacêuticos comunitários a sua principal fonte de remuneração é a partir das margens de lucro fixadas pelo governo para os medicamentos de prescrição obrigatória. Estes representam 83% em volume e 93% em valor do mercado de medicamentos no ambulatório (INFARMED, 2011).

A margem de comercialização actual destes medicamentos está fixada em 20% do preço final dos medicamentos de prescrição obrigatória, tendo já sofrido diversas alterações nos últimos anos (Fig.5), enquanto para os MNSRM a margem é livre desde 2006. A maioria dos medicamentos de prescrição é comparticipada pelo Estado.

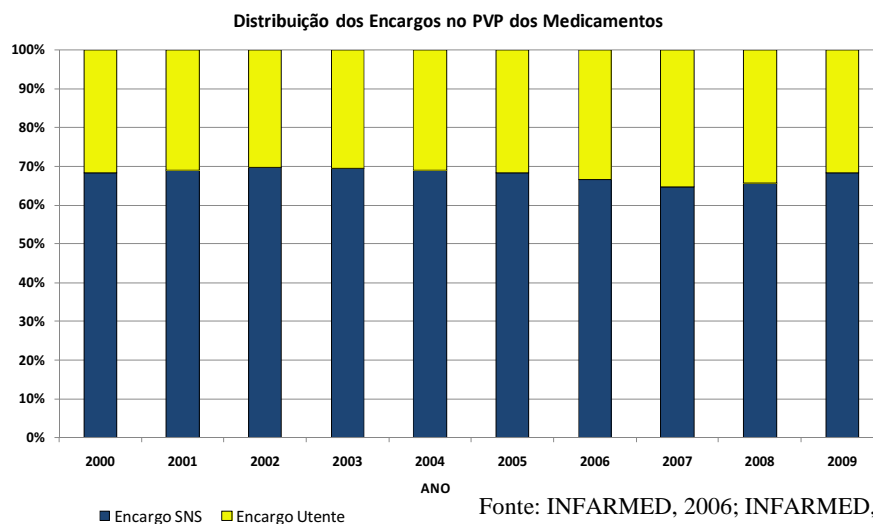
Figura 5 - Margens de lucro sobre os medicamentos sujeitos a receita médica os intervenientes no circuito de distribuição



Fonte: ANF, 2010

Actualmente o SNS é responsável por perto de 70% do PVP dos medicamentos participados (Fig.6).

Figura 6 - Distribuição dos encargos com Medicamentos em percentagem do PVP



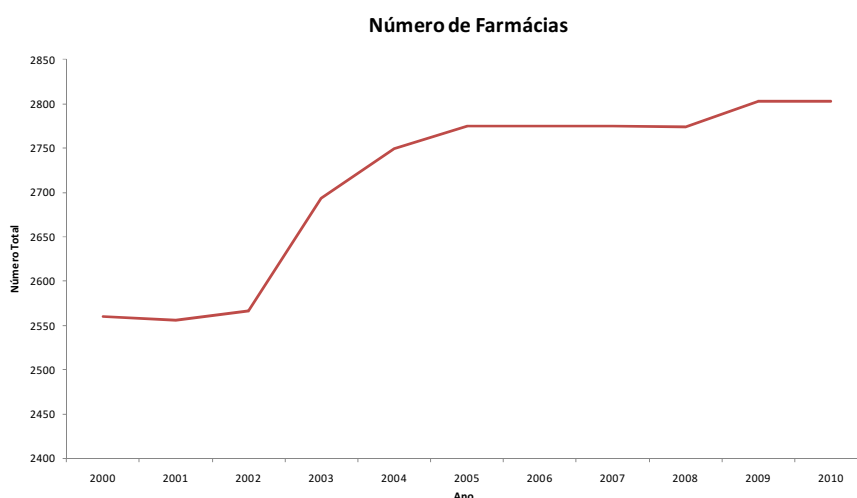
Fonte: INFARMED, 2006; INFARMED, 2010

A abertura de farmácias foi desde sempre regulada e controlada pelo Estado, e a indivisibilidade propriedade/direcção técnica do farmacêutico foi uma realidade praticamente constante na farmácia portuguesa, até à aprovação do Decreto-Lei 307/2007 (Pita, 2010). Os sucessivos regulamentos de instalação de farmácias permitiram que actualmente esteja instalada, na opinião da ANF (2010), uma das mais

modernas redes de farmácias a nível europeu. Em Portugal existiam em 2010, 2803 farmácias distribuídas pelo território segundo critérios de capitação e distância definidos em decreto de lei (PORDATA, 2011). Na sequência da aprovação do Decreto-Lei 307/2007, foi elaborada a portaria 1430/2007 que determina que pode haver uma farmácia para um mínimo de 3500 habitantes e que estas devem distar entre si um mínimo de 350 metros em linha recta, prevendo-se algumas excepções a este regime.

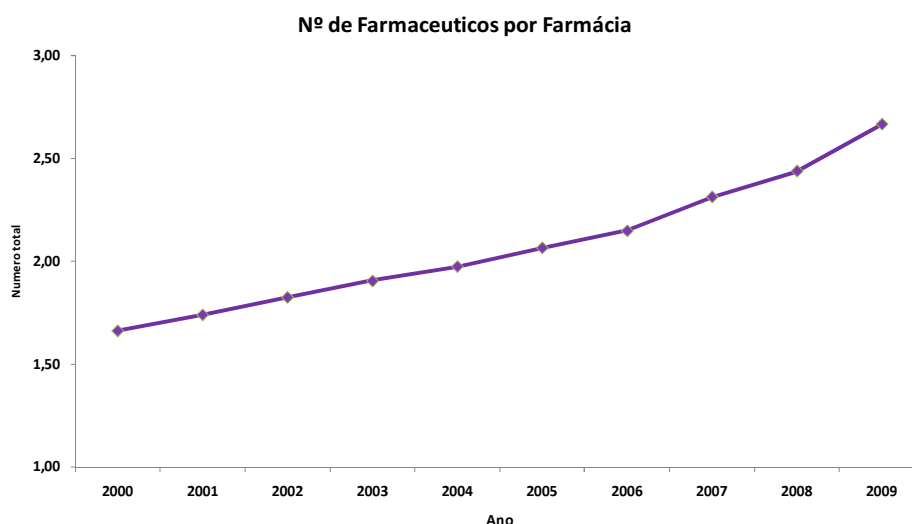
Com a publicação do Decreto-Lei nº 307/2007 de 31 de Agosto, a propriedade das farmácias deixou de estar reservada a farmacêuticos, embora se mantenha a proibição da propriedade para profissionais de saúde prescritores, associações de profissionais do sector da farmácia, empresas de indústria farmacêutica, subsistemas de saúde e empresas privadas de prestação de cuidados de saúde. Porém, este novo decreto-lei permite acumular até quatro farmácias por proprietário, sendo o respectivo alvará atribuído mediante um sorteio. Além disso, este decreto-lei determina o número mínimo de dois farmacêuticos por farmácia e que os farmacêuticos devem constituir, tendencialmente, a maioria dos trabalhadores das farmácias. Após a aprovação do Decreto-Lei nº 307/2007, houve necessidade de regulamentar que serviços podiam ser prestados nas farmácias entre eles a venda de medicamentos pela Internet, apoio ao domicílio e prática de descontos, serviços que foram regulamentados nas portarias 1427 e 1429 de 2 de Novembro de 2007. Em toda esta legislação é reconhecido que o espaço das farmácias já não é apenas um espaço de dispensa de medicamentos mas um espaço de promoção de saúde.

Figura 7 - Evolução do número de farmácias em Portugal na última década



Como se pode constatar na figura 7, o número de farmácias aumentou desde o início da década passada, traduzindo-se num aumento de 9.5% em 10 anos, ou 24 novas farmácias em média por ano (PORDATA, 2011). Verifica-se que o crescimento do número de farmácias não acompanhou o crescimento do número de profissionais que se verifica desde os finais dos anos 90. Até agora os novos farmacêuticos foram sendo absorvidos pelas farmácias existentes, com o número de farmacêuticos por farmácias a aumentar em 60% desde 2000 (INFARMED, 2010). Com o número de farmacêuticos por farmácia a aproximar-se dos 3 (Fig.8) e com as dificuldades financeiras que algumas farmácias atravessam (Cerqueira, 2011), é natural que se reduzam as contratações de novos farmacêuticos o que poderá logicamente levar a um aumento do desemprego entre os farmacêuticos, dado a previsível saturação do mercado.

Figura 8 - Número de farmacêuticos por farmácia



Fonte: INFARMED,2006; INFARMED,2010

A fundamentar a regulamentação hoje existente está a protecção do interesse público no acesso e uso seguro dos medicamentos. A regulação do mercado tem também outras finalidades, mais discutíveis, tais como: proteger os interesses privados (viabilidade financeira das farmácias e grossistas); promover a qualidade dos serviços e sua prestação; limitar a distribuição e custos com medicamentos para o sistema de saúde; e promover a escolha dos consumidores (Mossialos et al., 2004).

A regulação do mercado farmacêutico reflecte-se também no maior ou menor número de medicamentos disponíveis fora das farmácias, e quais os que necessitam de prescrição médica ou não. Em Portugal, o mercado de medicamentos não sujeitos a

receita médica representava em Março de 2011, 17% do mercado de medicamentos em volume e 7% em valor, sendo as farmácias responsáveis por 85% das vendas em volume e 87% em valor (INFARMED, 2011).

A situação financeira das farmácias terá influência importante no papel que os farmacêuticos podem desempenhar. Uma farmácia que tenha mais disponibilidade para investir poderá apostar mais nos novos serviços do que uma farmácia que tenha mais dificuldades, tendo esta mais interesse em vender o maior número de produtos possíveis pois estes são a forma de remuneração mais óbvia. Assim, a evolução dos preços dos medicamentos será também um dos factores que pode influenciar o papel do farmacêutico comunitário. As medidas a que Portugal estará sujeito no futuro, no âmbito da ajuda externa, deixam antever alterações no mercado dos medicamentos que naturalmente irão também afectar as farmácias, pois a despesa pública com medicamentos terá de ser reduzida dos cerca de 2% actuais, para 1% em 2013 (BCE et al., 2011).

Entre essas medidas, as que poderão ter mais impacto são a revisão dos países utilizados para estabelecer os preços de referência e alteração do cálculo da margem dos medicamentos, estando previsto o estabelecimento de uma taxa fixa igual para todos os medicamentos em vez da percentagem sobre o preço do medicamento como actualmente, procurando desincentivar a venda de produtos mais caros, o que poderá diminuir os lucros (BCE et al., 2011).

2.2.1. Papel das organizações profissionais

Em Portugal, a actividade farmacêutica é regulada pela Ordem dos Farmacêuticos, na qual todos os farmacêuticos a exercer em Portugal têm de estar inscritos. Existem outras organizações profissionais com diferentes objectivos, tais como a Associação Nacional das Farmácias (ANF), a Associação de Farmácias de Portugal (AFP) e o Sindicato Nacional dos Farmacêuticos (SNF).

A Ordem dos Farmacêuticos foi criada pelo Decreto-Lei n.º 334/72 de 23 de Agosto, a qual sucedeu nos direitos e nas obrigações patrimoniais à Sociedade Farmacêutica Lusitana fundada em 1837, designação que tradicionalmente ainda se aplica à Ordem actual. Abrange e representa os licenciados em Farmácia ou em

Ciências Farmacêuticas que exercem a profissão farmacêutica ou praticam actos próprios desta profissão em território nacional.

Estatutariamente, estão definidas as seguintes atribuições para a Ordem dos Farmacêuticos (Decreto-Lei n.º 288/2001):

- a) Colaborar na definição e execução da política de saúde em cooperação com o Estado;
- b) Defender a dignidade da profissão farmacêutica;
- c) Fomentar e defender os interesses da profissão farmacêutica.

Para prossecução destas atribuições, a Ordem exerce a sua acção nos domínios social, científico, cultural, deontológico, profissional e económico da actividade farmacêutica (O.F., 2010).

O uso do título de farmacêutico e o exercício da profissão farmacêutica ou a prática de actos próprios desta profissão dependem de inscrição na Ordem como membro efectivo. No código deontológico elaborado pela Ordem com vista a definir o papel do farmacêutico, determina-se que o exercício da actividade farmacêutica tem como objectivo essencial a pessoa do doente, vinculando os farmacêuticos aos deveres nele estabelecidos mas determinando que o farmacêutico, tanto como profissional liberal ou como trabalhador por conta de outrem, exerce as suas funções com inteira autonomia técnica e científica (Decreto-Lei n.º 288/2001). Neste código deontológico, fica igualmente definido que a principal responsabilidade do farmacêutico é para com a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, devendo pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança.

Como representante de todos os farmacêuticos, a Ordem tem um papel determinante na definição de políticas para o sector, sendo consultada sempre que o governo propõe alterações legislativas. Outras organizações como a ANF, a AFP, e o SNF, são igualmente consultadas.

A ANF foi fundada em Outubro de 1975, a partir da estrutura do Grémio Nacional das Farmácias. Representa 97% das farmácias portuguesas, apesar de a inscrição não ser obrigatória, tendo por missão a defesa dos interesses morais, profissionais e económicos

dos proprietários de farmácia (ANF, 2010). Exerce um poderoso papel em termos corporativos, funcionando como um fundo que gere a maioria dos pagamentos entre o sistema nacional de saúde e as farmácias associadas (Barros & Simões, 2007).

Nas últimas décadas, a ANF favoreceu o movimento de um serviço centrado no medicamento para um serviço centrado nos utentes, incentivando a modernização das instalações e modelos organizacionais, a formação profissional de farmacêuticos, a disseminação de informação e de novas práticas na gestão de terapêutica e sua dispensa, a implementação de um sistema informático e a colaboração com o Estado em campanhas de promoção da saúde pública, como o programa de troca de seringas, a terapêutica de substituição com metadona e os programas de cuidados farmacêuticos (Costa et al., 2006b).

Outras associações profissionais que poderão ter uma palavra importante no futuro são as ligadas ao ensino da profissão, contribuindo com o seu conhecimento e visão para ajudar a encontrar as evidências necessárias à delineação das estratégias mais adequadas.

Para Zellmer (2010), as lideranças dentro da profissão terão um impacto significativo na definição de estratégias para abordar esta mudança de práticas. O papel da liderança em Portugal tem estado entregue às associações mais representativas do sector, a Ordem dos Farmacêuticos e a ANF. Ambas têm tido um papel relevante a determinar o papel do farmacêutico e assim continuará a ser no futuro, independentemente dos diferentes interesses que possam vir a ter. É natural que com o aumento de novos farmacêuticos não proprietários, a Ordem e ANF venham a ter posições antagónicas.

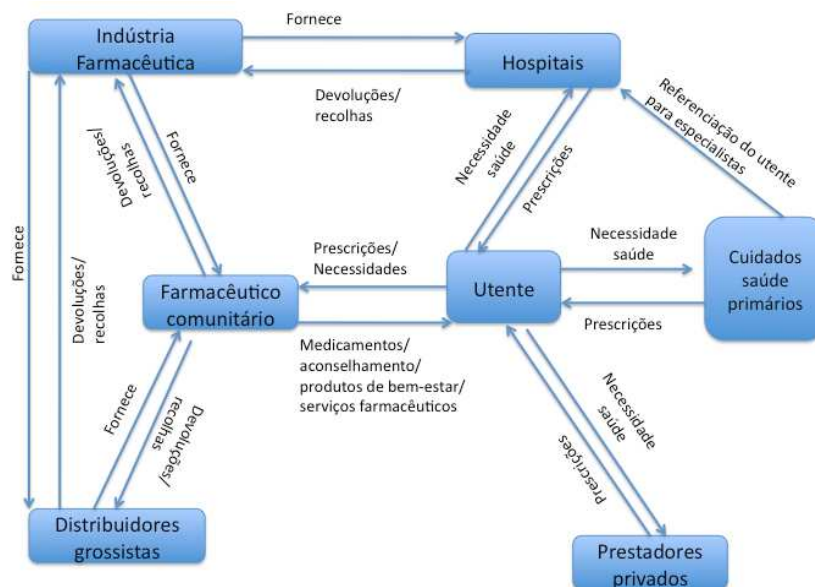
2.2.2. A relação com o SNS e CSP

O actual sistema de saúde português é caracterizado por cinco elementos (Biscaia et al., 2008): Um Serviço Nacional de Saúde (SNS) financiado por impostos que disponibiliza cuidados universais e abrangentes; Subsistemas de saúde para certos grupos profissionais (ex: funcionários públicos, polícias), financiado pública e privadamente; Sector Social financiado privadamente; Esquemas de Seguros voluntários privados; e serviços privados pagos directamente por quem procura cuidados (como é o caso das farmácias). Este sistema permitiu alcançar grandes

sucessos como a uma cobertura nacional, uma quase erradicação de doenças preveníveis por vacinação, uma baixa mortalidade materna e um decréscimo acentuado da mortalidade infantil.

O farmacêutico comunitário, pela sua elevada acessibilidade (Duarte et al., 2007), encontra-se num ponto-chave do sistema de saúde (Fig.9), sendo muitas vezes o primeiro contacto dos cidadãos com um profissional de saúde, desempenhando um papel importante na triagem de afecções menores e no encaminhamento para os médicos. Esta função, que de alguma forma se assemelha ao *gatekeeping* praticado pelos clínicos gerais em relação aos cuidados secundários, está enraizada na prática profissional devido ao elevado número de utentes que procuram os serviços da farmácia antes de outro serviço de saúde (Duarte et al., 2007, Rodrigues et al., 2007). O *gatekeeping* é a acção de referenciação de um doente pelo médico de família para os cuidados secundários. No entanto, como o farmacêutico deve referenciar o doente, quando necessário, para os cuidados de saúde primários, o conceito de *gatekeeper* deve ser usado com precaução quando nos referimos ao papel do farmacêutico comunitário.

Figura 9 - Representação conceptual do papel do farmacêutico comunitário no Sistema de Saúde Português



A definição do modelo de Sistema de Saúde que estará em vigor no futuro é importante para a definição do papel do farmacêutico comunitário, pois pode influenciar a organização da prestação dos cuidados de saúde, o que poderá ter impacto no papel do farmacêutico (Anderson, 2002).

Encontrar o equilíbrio certo entre contenção de custos, promoção da qualidade de escolha, e preservar ou melhorar o acesso equitativo aos cuidados de saúde tem sido um dos motores da mudança nas reformas dos sistemas de saúde na Europa (Or et al., 2009). Os dois modelos representativos dos Sistemas de Saúde na Europa diferem sobretudo no que concerne ao financiamento. No modelo de Beveridge, em que o Sistema de Saúde é financiado sobretudo pelos impostos, tal como o sistema britânico ou o SNS português, assegura-se uma maior equidade de acesso, pois têm cobertura universal. Mas enfrentam outros problemas como as listas de espera, e são pouco flexíveis na escolha do prestador (Or et al., 2009). No modelo de Bismarck, baseado em seguros de saúde tal como o sistema alemão ou francês, consegue-se resolver o problema da escolha e das listas de espera, mas são por norma sistemas mais dispendiosos (Or et al., 2009). Ambos os modelos têm vindo a sofrer reformas, e esta tendência sugere que pode estar a ocorrer uma convergência dos modelos, o que leva a que as diferenças entre modelos não sejam tão significativas (Or et al., 2009). Imbuído deste espírito de reforma, os próximos governos podem alterar o modelo actual do SNS, justificando-se com a frágil sustentabilidade ou para melhorar a acessibilidade, introduzindo um modelo baseado em prestações privadas. Já é certo que ocorrerão alterações ao actual sistema, fruto das medidas que terão de ser aplicadas após a aprovação do memorando de entendimento (BCE et al., 2011).

Temos assistido em Portugal a algumas reformas do SNS com a intenção de melhorar a sua eficiência e eficácia. Entre elas, devemos destacar a reforma dos cuidados de saúde primários com o aparecimento das Unidades de Saúde Familiares (USF), a evolução da rede nacional hospitalar com a criação das Unidades Locais de Saúde (ULS), a expansão da rede nacional de cuidados continuados integrados e a nova política do medicamento com o incentivo ao consumo de medicamentos genéricos. As ULS podem começar a olhar para os serviços farmacêuticos, gestão integrada da terapêutica, e melhoria da relação entre a farmácia do hospital e a comunitária como um meio para alcançar a racionalidade terapêutica, expandindo os serviços distributivos já existentes no hospital, potenciando ganhos de escala para as ULS. Neste momento, já existem 7 ULS em funcionamento, 2 das quais com início em 2010 e 1 com início em 2011.

Os farmacêuticos, apesar de não fazerem formalmente parte da actual rede de cuidados de saúde primários, poderão vir a integrá-la se os seus serviços forem requisitados com o intuito de colmatar a falta de médicos nos cuidados de saúde primários, tornando assim o farmacêutico comunitário um verdadeiro *gatekeeper* no sistema de saúde. Se integrados em USFs, poderiam utilizar a sua formação sobretudo nos aspectos relacionados com a referênciação de doentes e com a gestão de informação dos medicamentos, podendo ser o responsável por disseminar essa informação junto dos médicos dos cuidados de saúde primários. Nesta possível integração do farmacêutico comunitário na rede de CSP temos de ter em conta a evolução de competências de outros profissionais, médicos e enfermeiros, que noutros países já vão adquirindo competências que lhes permitem actuar como gestores de terapêutica, tomando um papel que por natureza é do farmacêutico (Wiedenmayer et al., 2006).

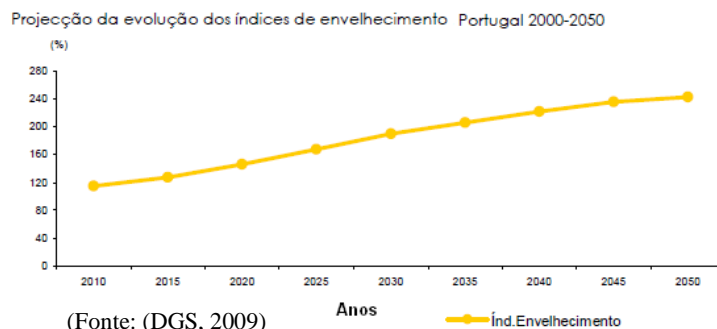
2.3. O PAPEL DOS UTENTES

Os utentes visitam a farmácia mais do que qualquer outro serviço de saúde, sendo o farmacêutico muitas vezes o último profissional de saúde que vêem antes de tomar os medicamentos, demonstrando que este profissional está bem colocado para reforçar a eficiência da farmacoterapia (Berenguer et al., 2004).

Em Portugal e noutros países, os utentes são incentivados, mediante campanhas publicitárias ou avisos na publicidade a MNSRM, a “perguntar ao farmacêutico”, levando à procura de aconselhamento sobre uma diversidade de afecções menores, contribuindo para que muitos medicamentos tenham adquirido o estatuto de venda livre, e para que o farmacêutico tenha já adquirido direito à prescrição, embora de forma limitada, em alguns países (Anderson, 2002). Esta tendência também foi possível porque os utentes estão mais atentos aos seus direitos individuais e exigem uma atenção mais personalizada, encontrando-a muitas vezes no espaço da farmácia, o que leva à procura de serviços e produtos como consumidores e não só como doentes (van Mil et al., 2004a).

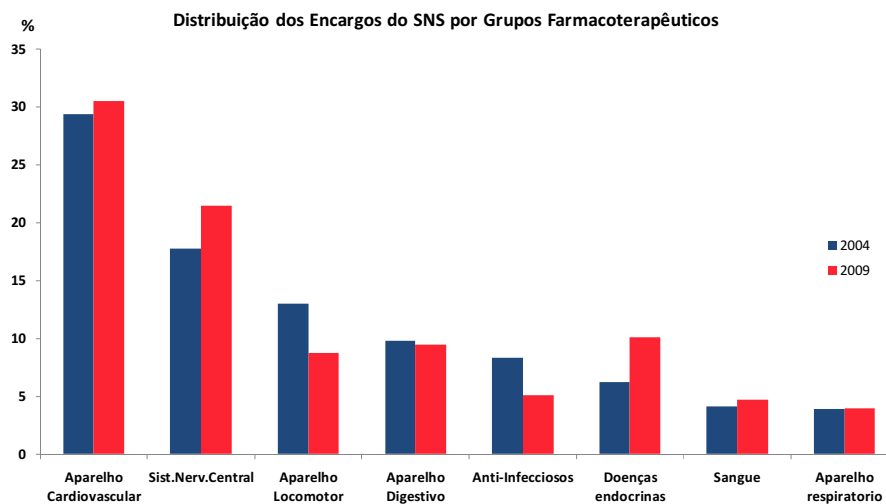
O envelhecimento populacional e os custos com medicamentos estão já identificados como factores de mudança que irão afectar o uso racional do medicamento e a disseminação da prática de cuidados farmacêuticos (WHO, 1993).

Figura 10 - Projecção dos índices de envelhecimento²



O envelhecimento da população (Fig.10) irá levar ao aumento de doentes crónicos e polimedicados que necessitam de uma especial atenção nos seus tratamentos. De realçar que já hoje esse índice é superior a 100%, significando que a população com mais de 65 anos excede a população com menos de 14.

Figura 11 - Evolução dos encargos do SNS com medicamentos, por grupo farmacoterapêutico



Como se pode observar na figura 11, os grupos farmacoterapêuticos que actualmente representam um maior peso no orçamento da saúde em Portugal são o grupo dos fármacos para o Aparelho Cardiovascular, para o Sistema Nervoso Central e para as Doenças Endócrinas (INFARMED, 2010). Estes foram os grupos que apresentaram um maior aumento relativamente aos dados de 2004, o que sugere

² Índice de envelhecimento é o rácio em percentagem, entre o número de indivíduos com mais de 65 anos e o número de indivíduos com menos de 14 anos.

poderem ser estas as áreas prioritárias para a actuação futura do farmacêutico comunitário. É certo que estes aumentos se podem também dever à crescente complexidade nas novas terapêuticas, necessariamente mais caras que as anteriores. Os custos associados às novas terapêuticas poderão levar a que os utentes procurem formas de poupar recursos na aquisição de medicamentos, levando-os a procurar serviços que possam minimizar o impacto destas terapêuticas nos orçamentos familiares.

A nova prática profissional está dependente da procura dos novos serviços, pelo que os cidadãos e possíveis utentes desses serviços serão fundamentais para a evolução do novo conceito de prática, pois são as suas necessidades e percepções que influenciam a procura de serviços (Cavaco et al., 2005). Actualmente, estes serviços apresentam pouca procura por parte dos utentes. Para a generalidade dos utentes, este conceito mantém-se relativamente desconhecido, dado que tradicionalmente não é parte da rotina da farmácia além de que os próprios utentes não estão familiarizados com a ideia de serem atendidos noutro local que não o balcão da farmácia (Berenguer et al., 2004).

Apesar da procura de medicamentos de prescrição ser uma procura induzida, a procura das farmácias já não o é, pois deriva de uma escolha individual do utente sendo esta influenciada pela satisfação com os serviços da farmácia mas também pela distância que é necessário percorrer até ao estabelecimento (Duarte et al., 2007). A satisfação dos utentes surge então como um indicador que é necessário acompanhar, sendo definida como a medida pela qual um determinado serviço vai de encontro às expectativas dos utentes em consonância com os seus valores (Berenguer et al., 2004). Apesar de importante para a verificação da qualidade dos serviços e da competência dos prestadores, particularmente nos cuidados continuados, a satisfação dos utentes é uma variável subjectiva, pois reflecte a qualidade dos serviços e também as preferências e expectativas dos utentes. Claro que cabe ao farmacêutico ir de encontro a essas expectativas, havendo diversos estudos efectuados mundialmente que referem que a atitude dos farmacêuticos para com os utentes, providenciando informação e aconselhamento, é uma das variáveis mais importantes que pode influenciar essa satisfação (Berenguer et al., 2004).

A percepção que os utentes apresentam do papel do farmacêutico também será importante, pois para que aceitem este novo tipo de prática terão de aceitar o

farmacêutico como profissional de saúde que faz parte da equipa multidisciplinar que acompanha as condições de doença que apresentam. Num estudo elaborado por Cavaco et al., (2007), 47% dos utentes entrevistados já vêm o farmacêutico como estando mais orientado para os cuidados de saúde do que para o negócio, apesar de 1/4 da amostra não ter a certeza. Apesar disso, 74% gostaria que o farmacêutico tivesse um papel mais activo nas decisões terapêuticas, o que deixa no ar a possibilidade de que a procura poderá existir, restando ao farmacêutico desenvolver os serviços que essa procura exige. Ainda nesse estudo, a percepção de 55% dos participantes de que não existem grandes diferenças entre o atendimento ao balcão de farmacêuticos e técnicos de farmácia pode significar que o farmacêutico poderá abandonar definitivamente o trabalho de dispensa de medicamentos, para se dedicar em exclusivo à prestação de serviços farmacêuticos. No estudo elaborado por Duarte et al., (2007), os utentes reconhecem que as farmácias prestam um serviço de qualidade, estando muito satisfeitos e reconhecendo o papel que o aconselhamento farmacêutico pode ter para evitar idas desnecessárias ao médico. De realçar que a qualidade dos serviços da farmácia é identificada no estudo de Duarte et al., (2007) como sendo o factor que melhor se associa à satisfação dos utentes, apesar de nesta variável não se integrar o nível de satisfação com os preços praticados. Mas a escolha da farmácia a utilizar não é só determinada pela satisfação. Neste mesmo estudo refere-se que a escolha de determinada farmácia é fortemente determinada pela conveniência de acesso sendo que 34% dos utentes seleccionados neste estudo escolhem a farmácia que exige 5 ou menos minutos de deslocação (Duarte et al., 2007).

Um dos aspectos que está na base do relacionamento actual dos utentes com o farmacêutico comunitário é a procura de informação sobre saúde. Naturalmente, existem diferenças entre o que o utente sabe e o que os profissionais de saúde sabem, resultando esta situação numa assimetria de informação entre os profissionais de saúde e os utentes. O grau desta assimetria depende da literacia em saúde que os utentes possuam. O conceito de literacia em saúde é definido por Santos (2010) como “a capacidade para obter, processar e compreender informação e serviços básicos de saúde, necessários para fazer escolhas de saúde adequadas”. Uma baixa literacia em saúde é associada a comportamentos que geram mais problemas de saúde, a piores resultados terapêuticos, a dificuldades de acesso ao sistema de saúde, ao desperdício de medicamentos ou a dificuldades na compreensão da informação (Santos, 2010). Em

Portugal não existem dados sobre a prevalência de baixa literacia (Santos, 2010), existindo no entanto a percepção que é baixa sobretudo nos grupos populacionais mais vulneráveis como os idosos e crianças pobres, os desempregados, os imigrantes, entre outros (Santana, 2002).

Até há pouco tempo, os profissionais de saúde, sobretudo os farmacêuticos pela sua elevada acessibilidade, eram a principal fonte de informação sobre saúde para os utentes, situação que hoje em dia já se começa a modificar, com o auxílio precioso da Internet e de novos meios de comunicação, que viram a sua utilização para pesquisa sobre questões de saúde aumentar significativamente nas últimas décadas (Santana, 2009). Com esta nova capacitação dos utentes, tanto em utilização de novas tecnologias como em informação, é de supor que no futuro haverá uma menor necessidade de contacto com um profissional especializado como o farmacêutico comunitário.

No estudo efectuado por Santana em 2009 detectou-se a Internet foi a principal fonte de informação sobre saúde ou doença em 2007. Outra tendência que poderá ser importante para o futuro do farmacêutico é a crescente importância que as redes sociais têm hoje em dia. Existem já numerosos exemplos de farmácias que adoptaram esta via para comunicarem com o utente, o que indicia ser esta uma forma de comunicação que também se irá desenvolver no futuro.

Outra forma que os utentes têm para influenciar o mercado das farmácias é através das associações de doentes. Estas podem exercer uma influência positiva, estabelecendo acordos com as farmácias ou facultando informação sobre o uso de medicamentos aos seus associados mas, simultaneamente, podem também exercer pressão sobre os governos para tentar diminuir os gastos com medicamentos, pressionando-os a produzir alterações no modelo de co-pagamentos, ou sugerindo aos associados e opinião pública o consumo de medicamentos genéricos contribuindo para a diminuição dos lucros das farmácias.

2.4. A EVOLUÇÃO TECNOLÓGICA

A evolução tecnológica tem sido o motor na evolução da profissão de farmacêutico, pelo que importa conhecer quais as tecnologias que já hoje estão

desenvolvidas e qual o seu papel no desenvolvimento do farmacêutico. Neste subcapítulo descrevem-se algumas dessas tecnologias.

Com o desenvolvimento de novas tecnologias, o papel do farmacêutico como dispensador de medicamentos está posto em causa. Com o surgimento de novos sistemas tecnológicos que ajudam a gerir o processo de distribuição e fornecimento de medicamentos, tais como a venda de medicamentos na Internet e em dispensadores automáticos, que já hoje estão a ser implementados, e com a delegação da tarefa de dispensa de medicamentos para os técnicos de farmácia, o farmacêutico irá ter mais tempo disponível para dedicar a outras actividades que não apenas o fornecimento de medicamentos (Maddux et al., 2000).

Além da evolução das tecnologias de informação e robotização, outra das evoluções tecnológicas que poderá ter algum impacto no futuro do farmacêutico comunitário é a farmacogenómica, não sendo por enquanto muito claro se terá impacto na prática profissional já nesta década ou se constitui como uma alternativa para futuros mais distantes. A farmacogenómica aplica a informação proveniente da farmacogenética³ para assim produzir medicamentos adaptados ao perfil genético de cada indivíduo (Carrico, 2000, Clemerson et al., 2006).

No caso da farmacogenómica, o papel que o farmacêutico irá desempenhar no uso desta nova tecnologia ainda não está claramente definido. Aquele que parece ser o mais provável é a educação dos cidadãos no uso desta tecnologia, a interpretação de testes genéticos efectuados pelos farmacêuticos ou médicos de família (ou outras fontes, como a Internet) e aconselhamento sobre os resultados obtidos (El-Ibiary et al., 2008). Poderão também ser responsáveis por ajudar à decisão dos prescritores, através da selecção dos medicamentos e doses mais adequados a determinado perfil genético (Clemerson et al., 2006). Poderiam ajudar os doentes a compreender a informação que resulta do perfil genético ou esclarecer algumas questões éticas. À medida que a informação sobre este assunto aumenta, é necessário que o farmacêutico aumente o grau de conhecimento sobre a farmacogenómica para assim estar preparado para lidar com as questões sociológicas que irão inevitavelmente surgir (Carrico, 2000).

³ A farmacogenética é o estudo da variabilidade da resposta terapêutica e efeitos secundários devido a factores genéticos

No futuro, novos sistemas com base nas tecnologias de informação serão desenvolvidos e estarão disponíveis para auxiliar o farmacêutico na sua actividade, tais como registos electrónicos de utentes, *software* de apoio à tomada de decisão clínica, programas de educação para a saúde adaptados, portais electrónicos de sistemas de saúde e aplicações avançadas de telemedicina (Kreps & Neuhauser, 2010). Esta será uma área em expansão onde o conhecimento do farmacêutico também será requisitado. No entanto, a utilização destas novas tecnologias apresenta actualmente algumas limitações e barreiras que terão de ser ultrapassadas, entre elas a falta de remuneração para os serviços prestados *online* e a pouca experiência de utilização destas ferramentas de comunicação (Katz & Moyer, 2004, Lapão, 2010)

Dada a importância da evolução tecnológica para a inovação em farmácia, descrevemos mais detalhadamente algumas destas tecnologias, dando ênfase às tecnologias de comunicação.

2.4.1. *e-Prescribing e Telefarmácia*

Durante séculos, a prescrição escrita pela mão do médico foi o método escolhido para os médicos comunicarem as suas decisões terapêuticas ao farmacêutico e este poder efectuar a dispensa da medicação. Simultaneamente, constituía a fonte de informação para o doente saber como utilizar os medicamentos de forma a melhorar os resultados. Com o passar dos anos, regulamentos cada vez mais restritos proporcionaram um crescente controlo por parte das autoridades no processo de dispensa de medicação. Contudo, a prescrição escrita à mão tem um conjunto de “fraquezas” já reconhecidas nomeadamente, variação da interpretação e legibilidade da escrita do médico, o risco de falsificações, comunicação unidireccional desprovida de *feedback* e a ausência de informação facilmente acessível para o doente (Astrand et al., 2009). Actualmente, o processo de prescrição encontra-se numa fase de transição e de adaptação do processo tradicional para as tecnologias electrónicas, proporcionando um conjunto de desafios e oportunidades para os intervenientes neste processo (Astrand et al., 2009).

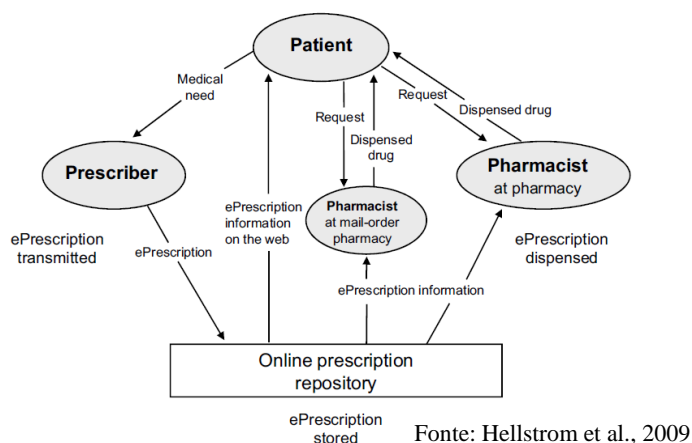
A prescrição electrónica refere-se à utilização de tecnologia de comunicação e informação utilizadas como suporte para o processo de prescrição e gestão de medicamentos (Petropoulou et al., 2005). Actualmente em Portugal, já se iniciou o

processo de implementação da prescrição electrónica, abrindo caminho para uma possível evolução no sentido da transferência electrónica de prescrições. A introdução da transferência electrónica de prescrições (TEP), ou *ePrescription*, nos cuidados de saúde em ambulatório, já demonstrou ter um impacto positivo tanto no processo de prescrição como no processo de dispensa, o que poderá melhorar a segurança, qualidade, eficiência e custo-efectividade da terapêutica (Astrand et al., 2009).

A TEP foi primeiro utilizada em 1983 na Suécia (Astrand et al., 2009), numa colaboração entre um consultório médico e uma farmácia, e desde então tem sofrido evoluções, tanto em termos de *software* como em termos de plataforma onde este está integrado, estando neste momento a ser integrado numa maior escala nos cuidados de saúde. Recentemente, em países como a Suécia, Dinamarca, Reino Unido e Estados Unidos, está-se a tentar implementar a TEP em larga escala. Em Portugal, iniciou-se em 2005 uma experiência piloto no distrito de Portalegre com um modelo de receita electrónica, que se esperava ver rapidamente disseminada (Costa, 2007). No entanto, a implementação a nível nacional ainda não se verificou, sendo expectável que com a nova receita electrónica esta situação se rectifique, contribuindo para que Portugal continue a liderar o ranking europeu na utilização de tecnologias de informação na saúde (Bjornberg et al., 2009).

A Suécia será neste caso um bom exemplo a seguir, com a estratégia de implementação da TEP a permitir no final de 2007 que 68% das prescrições fosse efectuada por esta via e que actualmente cerca de 81% das prescrições sejam electrónicas (Doupi et al., 2010).

Figura 12 - Esquema do funcionamento da TEP na Suécia



Na figura 12 pode-se observar esquematicamente o funcionamento da TEP na Suécia. Foi implementado um *hub* de comunicação, com um repositório nacional, que permite aos utentes acederem às suas prescrições em qualquer farmácia, mediante a apresentação de um documento de identificação válido. Se os utentes já souberem qual a farmácia que irão utilizar, os médicos podem declará-lo na prescrição electrónica de modo a que o farmacêutico possa preparar o atendimento e a disponibilidade de *stock* antecipadamente.

As vantagens apontadas pelos utentes num estudo elaborado em Estocolmo foram a maior flexibilidade e um maior número de serviços relacionados com a dispensa tais como, aconselhamento 24 horas através de *call center* e entregas ao domicílio (INFSO, 2006). No entanto, as vantagens para o próprio sistema de saúde são também significativas, devido à melhoria da integração da informação para a gestão, à melhoria da legibilidade da prescrição, à diminuição do tempo gasto a prescrever, à redução do risco de fraude e falsificações, e à redução da duplicação de prescrições (Astrand et al., 2009, Mundy & Chadwick, 2004). Contudo, a introdução destas tecnologias não está isenta de erros, tanto no momento da prescrição como da dispensa, não sendo prescindível a monitorização contínua do sistema com vista à melhoria da sua qualidade (Astrand et al., 2009).

Parece claro que num cenário de *ePrescription* haverá várias vantagens para os doentes, médicos, farmacêuticos e outros actores-chave. Na tabela 1 podemos identificar os benefícios potenciais da implementação deste sistema.

Tabela 1 - Benefícios potenciais no uso da TEP

	Benefícios potenciais
Utentes	Conveniência e flexibilidade Menos dificuldades com aspectos administrativos (comparticipações) Medicação pronta a levantar na farmácia Início imediato da terapêutica Aumento da segurança através do uso de prescrições precisas, legíveis, e que foram testadas para verificar potenciais interações Melhoria da satisfação com a mais rápida dispensa dos medicamentos Potencial para utilizar formulários terapêuticos com vista a melhorar o custo-efectividade da terapêutica
Farmacêuticos	Menos problemas com a leitura e interpretação das prescrições Mais tempos para ajudar os médicos e os doentes com assuntos relacionados com a terapêutica e gestão da doença Vantagem competitiva sobre os farmacêuticos que não adoptem esta tecnologia
Médicos	Notificação imediata de possíveis interações Acesso <i>online</i> aos dados relevantes do utente para melhor decisão no processo de prescrição Menos tempo a prescrever Aderência a formulários online com verificação imediata da validade da prescrição, com potencial para ter benefícios financeiros
Organizações	Menos custos com a medicação por aumentar a prescrição de genéricos e de marcas seleccionadas Menos custo e tempo de comunicação entre o médico e o farmacêutico Menos gastos com papel

Fonte: Petropoulou et al., 2005)

O surgimento da telefarmácia poderá ser o lógico passo seguinte, suportado pelo crescente envelhecimento da população, dificuldades de transporte e custos elevados com os cuidados de saúde tradicionais (Petropoulou et al., 2005). Este conceito inovador, ainda não existente em Portugal, abre portas a um novo tipo de relação entre os farmacêuticos comunitários e os cidadãos.

Originário dos Estados Unidos, onde o mercado farmacêutico é regulado num contexto de prestadores privados, o conceito de *e-Pharmacy* ou Telefarmácia, farmácias que usam a Internet para a prestação de serviço além da dispensa, desenvolveu-se ao mesmo tempo que as farmácias tradicionais também foram evoluindo (Fox et al., 2005). A Telefarmácia é uma aplicação da telemedicina que envolve a prestação de cuidados farmacêuticos, gestão do medicamento, disponibilização de medicamentos e gestão da informação, à distância tendo já demonstrado que aumenta o acesso aos cuidados por parte dos utentes, especialmente em zonas rurais, e melhora os cuidados continuados (Petropoulou et al., 2005).

A Telefarmácia implica a integração de sistemas de telecomunicação, software da farmácia e tecnologia de controlo remoto da dispensa, de modo a suportar um modelo

de farmácias em que a farmácia central está ligada aos consultórios médicos, clínicas locais ou mais remotas, centros de saúde, unidades de cuidados continuados e outras entidades (Fox et al., 2005, Petropoulou et al., 2005). Alguns dos serviços que podem ser assim prestados incluem a gestão de bases de dados de utentes, verificação da adesão à terapêutica, controlo de inventários e processamento de reclamações. Em clínicas de gestão de doença, os farmacêuticos monitorizam os resultados laboratoriais, ajustam medicação e providenciam informação ao médico através desta via comunicacional. A utilização deste conceito sob a forma de quiosques electrónicos, com vídeo-conferência entre o utente e os profissionais é também uma das alternativas (Felkey, 2006).

Uma aplicação com um maior nível de integração entre serviços, que tem ganho alguma força, é o conceito de *e-Clinic*, onde um doente pode ser consultado por um médico que tem a possibilidade de prescrever medicamentos, que o doente depois pode adquirir *online* (Fox et al., 2005).

A monitorização de parâmetros bioquímicos e fisiológicos, assim como a monitorização da adesão à terapêutica recorrendo à tecnologia *wireless*, tem sido uma área de grande desenvolvimento e que continuará a sofrer grandes evoluções no futuro, impulsionado pelo envelhecimento da população. Um exemplo destas tecnologias é a inclusão de chips RFID (**R**adio-**F**requency **I**Dentification ou Identificação por Rádio Frequência) nos medicamentos. Trata-se de um método de identificação automática através de sinais de rádio. A inclusão das denominadas etiquetas RFID nos medicamentos é uma área em expansão, sendo já utilizadas em ensaios clínicos para monitorização da adesão à terapêutica (Lamb, 2010). As etiquetas são inseridas nos *blisters* da embalagem primária do medicamento, que quando abertos gravam um sinal num microprocessador, que mais tarde será disponibilizado ao farmacêutico ou ao médico para que este possa fazer os ajustamentos necessários para melhorar ou reforçar a adesão à terapêutica (Lamb, 2010). Com o surgimento de chips RFID digeríveis, que podem ser incluídos em cada comprimido individualmente, será possível monitorizar ainda mais rigorosamente a adesão à terapêutica, assumindo esta tecnologia especial importância para as terapêuticas mais dispendiosas (Trutags, 2011).

Prevê-se que as diversas utilizações possíveis com as novas tecnologias de informação venham a ter grande impacto, apesar de algumas das possibilidades carecerem de alterações legislativas. Assistimos actualmente a uma maior utilização dos cidadãos da Internet nos países mais desenvolvidos, devido à crescente procura de informação sobre condições médicas e de MNSRM, alimentada pelos crescentes gastos em saúde, consumismo e tecnologias de informação cada vez mais desenvolvidas (Calabretto et al., 2002).

Relativamente à utilização de tecnologias de informação, pode-se afirmar que os farmacêuticos comunitários portugueses souberam adaptar-se aos novos métodos de trabalho. Em Portugal, quase todas as farmácias estão equipadas com *software* de suporte à dispensa de medicamentos e de alguns serviços, com cerca de 92% das farmácias a partilharem o mesmo programa (Costa et al., 2006b), com a utilização principal a ser a gestão de *stocks* e suporte ao serviço de dispensa de medicamentos.

Já no que concerne ao uso de tecnologias com base na Internet, o uso desta para a prestação de serviços só agora começa a dar os primeiros passos. Actualmente, as farmácias já estão autorizadas a vender medicamentos pela Internet. Em Portugal, existem 72 farmácias autorizadas a dispensar medicamentos de venda sob prescrição médica através da Internet. Em abril de 2009 haviam apenas 17 farmácias autorizadas. Segundo dados do INFARMED (2010), existem actualmente 498 farmácias e 28 locais de venda de medicamentos licenciados para a entrega de medicamentos ao domicílio.

Cada vez mais farmácias têm o seu sítio na Internet, que serve sobretudo para informar sobre os serviços que prestam e para comunicarem com os utentes, podendo prestar aconselhamento. A portaria 1427, veio regular a prestação deste serviço, definindo que os medicamentos sujeitos a receita médica só podem ser adquiridos por esta via enviando a receita por *e-mail*, fax, telefone ou através do sítio da Internet mas que a entrega ao domicílio deste tipo de produtos tem de ser feita sob supervisão de um farmacêutico ou, no caso de venda de MNSRM, sob supervisão de um farmacêutico ou técnico de farmácia. Esta portaria define ainda que só é possível às farmácias e locais de venda de MNSRM fazer entregas ao domicílio dentro do concelho onde se encontra instalada a farmácia ou nos concelhos limítrofes. É natural que mais farmácias venham a aderir a este serviço mas a velocidade a que tal ocorrerá é uma incógnita. Além disso,

a experiência das farmácias que aderiram à possibilidade de entrega ao domicílio e de venda de MNSRM e outros produtos adquiridos nos seus sítios da Internet foi pouco positiva, debatendo-se agora com a pouca procura destes serviços (E.S., 2010).

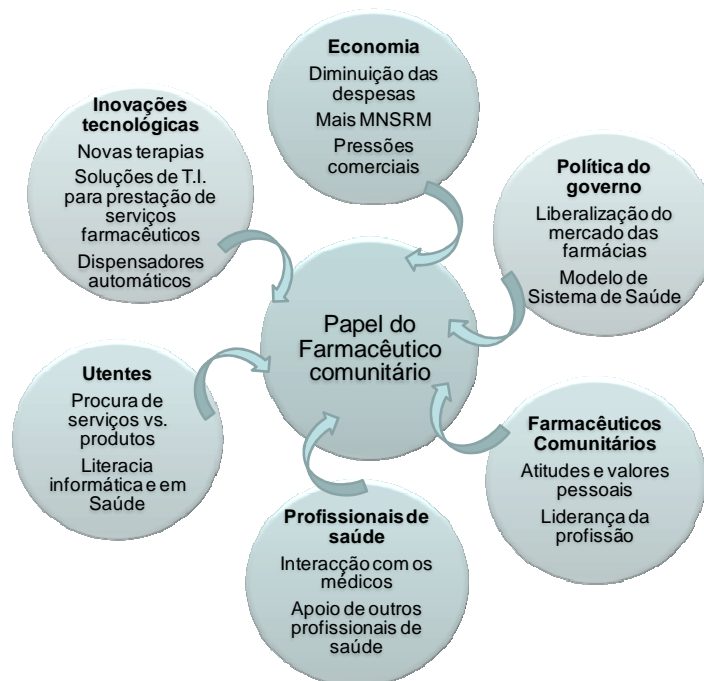
No caso da TEP, já se deram os primeiros passos no sentido dessa realidade com a implementação da prescrição electrónica em todos os serviços de saúde, público ou privados, até ao final de 2011 (BCE et al., 2011). Ainda não se sabe quando irá ser implementada a TEP em Portugal, mas é certa que essa situação trará novos desafios ao farmacêutico. O tempo poupado pelo farmacêutico pode levar a melhorias na educação e ensino dos doentes, pois teriam mais tempo para dedicar aos cuidados com o doente. Mas, num estudo piloto no Reino Unido, constatou-se que nem sempre isso será verdade, dado que neste momento os ganhos de eficiência são mínimos, e a TEP pode até contribuir para diminuir o contacto com os doentes, sobretudo porque abre a possibilidade de existirem farmácias na Internet que receberão as prescrições e enviarão os medicamentos por correio directamente dos seus armazéns, sem necessidade de contacto directo com um profissional (Mundy & Chadwick, 2004).

Até hoje, os cuidados farmacêuticos foram praticados com o contacto directo com o doente e usam as tecnologias de informação apenas para manter registos e ajudar à decisão clínica, sendo que com um aumento das farmácias que prestam serviços *online* é de esperar que, com novas parcerias e modelos de negócio, esta seja uma área com grande evolução no futuro.

2.5. OUTROS FACTORES COM INFLUÊNCIA NO FUTURO DO FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO

De forma geral, o papel do farmacêutico comunitário no futuro será influenciado por diversos factores, internos e externos, esquematicamente representados na figura 13. Entre eles podemos encontrar o enquadramento económico, as pressões comerciais, a política do governo, o enquadramento legislativo, inovações tecnológicas, melhorias na comunicação electrónica, novas terapêuticas, mudanças no método de pagamento, apoio dos outros profissionais de saúde, líderes do sistema de saúde, a própria vontade dos farmacêuticos e dos líderes da profissão (Anderson, 2002, Maddux et al., 2000, van Mil et al., 2004a, Zellmer, 2010).

Figura 13 - Quadro conceptual com os factores que influenciam o papel do Farmacêutico Comunitário



Os factores internos referem-se ao farmacêutico comunitário como indivíduo responsável e autónomo: cada um é livre de adoptar qual a forma de prática que prefere. Entre os factores internos que têm sido globalmente relatados pelos profissionais como sendo barreiras à mudança da prática farmacêutica podemos encontrar, a falta de consenso entre os profissionais relativamente aos objectivos gerais da profissão, resistência ao alargamento das responsabilidades para lá da área da dispensa de medicamentos, ambientes de trabalho que não providenciam oportunidades para uma efectiva prática centrada no doente (falta de espaço), falta de tempo, falta de pagamento pelos serviços clínicos prestados, dificuldade de acesso aos registos do doente, a falta de confiança nas capacidades técnicas e baixo desenvolvimento de competências comunicacionais inter-pessoais (Berenguer et al., 2004, Maddux et al., 2000, Montgomery et al., 2007). Não se sabendo ao certo quais destes factores terão mais peso em Portugal, a sua existência demonstra que os próprios farmacêuticos comunitários, com as suas atitudes e expectativas, serão fundamentais para a mudança das práticas instituídas, se assim o desejarem.

Como todas as profissões, os farmacêuticos também são definidos pelas suas personalidades e capacidades sociais. O comportamento profissional resulta de uma série de diferentes componentes como o conhecimento, as capacidades técnicas, atitudes

e valores pessoais (van Mil et al., 2004a). Para que os farmacêuticos mudem, estes componentes também têm de mudar, o que se revela difícil quando nos referimos às atitudes e valores pessoais. Deve ser tido em conta que para que o indivíduo mude existem três elementos que têm de mudar simultaneamente (van Mil et al., 2004a): A organização em torno do indivíduo, os recursos de aprendizagem, e o próprio indivíduo. E este só poderá mudar dentro dos limites do que ele considera estar dentro das suas competências profissionais.

As faculdades e institutos que oferecem o curso de Ciências Farmacêuticas desempenharão um papel fulcral na definição das capacidades do novo farmacêutico, pois têm a capacidade de influenciar duas das dimensões referidas por van Mil et al., (2004a): o indivíduo e os recursos de aprendizagem. Actualmente, o curso ainda se encontra bastante orientado para as ciências básicas como a química ou a biologia. A definição dos currículos mais adequados será um dos factores que mais influência terá no papel do futuro farmacêutico comunitário. É necessário que estes profissionais adquiram as competências que lhes permitam lidar com os doentes da forma mais humana possível mas, simultaneamente, estes novos profissionais terão de continuar a ser o especialista do medicamento, havendo que encontrar o equilíbrio certo entre estes dois conteúdos programáticos.

Os factores externos referem-se à interacção do farmacêutico com os restantes intervenientes no sistema de saúde: os empregadores destes farmacêuticos (quem determina o que se pratica dentro dos seus espaços) e os financiadores dos cuidados (tanto em pagamentos directos como através dos seguros ou impostos) e suas características. São estes potenciais utilizadores dos novos serviços que irão determinar o seu sucesso, pois deles depende a sustentabilidade económica de uma prática farmacêutica mais clínica (Zellmer, 2010).

Relativamente aos empregadores, é natural que estes determinem quais as práticas que querem ver implementadas no seu espaço. A larga maioria das propriedades de farmácia em Portugal pertence a farmacêuticos dado que a alteração de legislação que viabiliza outros proprietários não farmacêuticos é muito recente. Estes farmacêuticos enfrentam as mesmas questões dos seus empregados farmacêuticos no que concerne à sua filosofia de prática, e apresentam também os factores internos mencionados

anteriormente. Mas a filosofia do proprietário terá sempre de ser tida em conta pois, como demonstra o estudo de Duarte et al (2007), por vezes esta não é coincidente com a filosofia de prática dos seus empregados. Neste mesmo estudo foram encontradas diferenças entre os profissionais mais antigos e os profissionais mais novos, com os mais velhos a demonstrarem uma maior vocação empresarial⁴, e os mais novos com uma maior vocação profissional, voltada para a prestação de serviços e promoção da saúde da comunidade. Com o rejuvenescimento da profissão a que se assistiu nos últimos 10 anos, pode-se supor que existirá a vontade de fazer evoluir o espaço da farmácia para um ponto fundamental do sistema de saúde, com vista à educação, promoção e melhoria da saúde.

Uma outra tendência que os proprietários podem seguir é contratar profissionais mais orientados para a venda de produtos, dada a ausência de sistemas de retribuição para os novos serviços. Já foi demonstrado que a contínua procura de estes profissionais, torna a implementação da prática centrada no doente, pouco homogénea na generalidade dos países (Maddux et al., 2000).

A maior alteração que o mercado das farmácias em Portugal enfrentou nos últimos anos foi a liberalização da propriedade, deixando esta de estar reservada apenas a farmacêuticos. É incerto se haverá novas alterações à lei da propriedade de farmácia num futuro próximo, mas é seguro afirmar que, segundo as evidências internacionais, a alteração que significativamente produz mais efeitos no mercado das farmácias é a liberalização de propriedade e instalação destes estabelecimentos, devido a uma diminuição da regulamentação (Feletto et al., 2010, Lluch, 2009, Lluch & Kanavos, 2010).

Neste momento, os dois modelos são aplicados em diferentes países europeus, sem qualquer associação a determinado tipo de sistema de saúde. Um exemplo paradigmático é o caso do Reino Unido, com o seu Sistema Nacional de Saúde de cariz mais social, financiado pelos impostos, em que a propriedade de farmácia e instalação estão liberalizadas. Na realidade, ambos os modelos têm as suas vantagens e

⁴ O facto dos profissionais mais velhos que responderam neste estudo serem, na sua maioria, proprietários e directores-técnicos, não será negligenciável

desvantagens, tanto para o mercado como para os farmacêuticos comunitários, proprietários ou não.

Lluch (2010), numa revisão recente das situações em diferentes países da União Europeia, confronta os dois modelos para pôr em evidência quais os benefícios de cada um. Nos países em que a abertura foi liberalizada, houve um aumento do número de cadeias de farmácias, associadas a ganhos de eficiência operacionais através da economia de escala que as cadeias proporcionam por diminuição de custos fixos. Esta situação tem o potencial de melhorar a equidade vertical por diminuição dos preços e aumento da capacidade instalada. No entanto, tal como a experiência da Noruega e Reino Unido demonstrou, quando a desregulamentação não é limitada, os casos de integração vertical no sector aumentam, o que leva ao surgimento de oligopólios, com o mercado a ser dominado por um pequeno número de cadeias, levando o número de farmácias independentes a diminuir e a subsistirem com maiores dificuldades. Acautelando possíveis distorções do mercado, a liberalização da propriedade dificilmente teria consequências negativas para os *stakeholders* deste mercado, com excepção dos actuais proprietários (Lluch, 2009).

A questão da desregulamentação do mercado irá contar num futuro próximo com mais um grupo de pressão que até agora se tem mantido afastado da discussão. Os profissionais mais novos, que chegam agora à profissão, não têm boas perspectivas de evolução profissional, havendo até muitos que não têm hipótese de exercer devido às regras restritivas actualmente em vigor. Com a diferente vocação que existe entre os profissionais mais novos e os mais antigos (Duarte et al., 2007), poderão começar a existir conflitos entre os profissionais que podem catalisar alterações no sentido de uma maior liberalização do mercado.

A discussão em torno da propriedade de farmácia relaciona-se com as políticas do governo, com a possibilidade de ocorrerem alterações legislativas significativas, que são sempre dependentes da vontade política e tendências do momento. Roberts (2005) identifica a política do governo como um dos principais motores da mudança, sobretudo porque pode determinar variações das margens de lucro ou pagar pela prestação de serviços farmacêuticos.

2.6. ESCOLHA DA METODOLOGIA E OBJECTIVOS

Tendo em conta a tendência de focar os cuidados de saúde no doente, as inovações tecnológicas, o crescente número de profissionais, o ambiente económico e político, a crescente capacitação dos utentes em questões de saúde e a presente reforma dos cuidados de saúde primários, surge neste momento uma oportunidade que urge aproveitar para pensar, redefinir e aperfeiçoar o papel que o farmacêutico comunitário pode ter no sistema de saúde. Para tal, recorremos ao método de Análise de Cenários prospectivos, uma das ferramentas ao dispor dos *policy-makers* na fase de pensamento estratégico aquando da elaboração do planeamento para o futuro. É uma ferramenta de grande utilidade na planificação de recursos humanos, utilizando um método misto, que enquadra técnicas qualitativas e quantitativas.

A utilização da metodologia de cenários tem crescido porque é uma das poucas ferramentas que nos permite desenvolver a nossa capacidade de compreender e gerir um nível elevado de incerteza (Tavares, 2000). É uma ferramenta poderosa que testa a mente, desafia as crenças e acaba por criar novos caminhos (Searce & Fulton, 2004).

O objectivo da metodologia de cenarização não é prever ou escrever o futuro, mas sim melhorar a compreensão do ambiente no qual uma organização está inserida e usar essa compreensão para tomar melhores decisões, tanto no presente como no futuro. Após a construção de cenários, a organização deve determinar quais os objectivos que quer alcançar, usando o cenário escolhido, ou mesmo uma combinação dos cenários desenvolvidos, para assim delinear o seu plano estratégico, antecipando alguns dos percalços que a incerteza do futuro naturalmente acarreta.

Antes de iniciarmos a utilização deste método pensámos em algumas questões relevantes sobre a actividade destes profissionais, que nos ajudarão no desenvolvimento dos cenários. Por exemplo, será possível encontrar outro papel para o farmacêutico dentro do sistema de saúde; se nada se alterar, ainda haverá necessidade de um farmacêutico comunitário no futuro; de que forma pode o farmacêutico ser integrado na rede dos Cuidados de Saúde Primários; o que pode acontecer a um grande número de jovens profissionais qualificados, num mercado cada vez mais saturado?

Para conferir maior objectividade a este processo, definimos como nossos objectivos:

Objectivo Geral – Analisar a evolução do futuro papel do farmacêutico comunitário em Portugal mediante a elaboração de três cenários alternativos, tendo em conta as possibilidades de participação do futuro Farmacêutico comunitário dentro do Sistema de Saúde em Portugal, sobretudo dentro na rede de Cuidados de Saúde Primários.

Objectivo específico – Identificar as forças motrizes da mudança e definir indicadores que assinalem as tendências futuras, para ajudar ao processo de tomada de decisão para planeamento de Recursos Humanos.

CAPITULO 3: MÉTODOS

A elaboração de cenários, que se constitui como um tipo de pensamento estratégico, tal como descrito por Henry Mintzberg (1994), começa hoje a ser utilizada como uma forma inovadora de *policy-making*. *Policy-making* é o processo pelo qual os governos traduzem a sua visão política em programas e acções que se traduzem em resultados que têm influência na sociedade (Office, 1999). O pensamento estratégico permite abordar o *policy-making* com uma boa compreensão dos possíveis futuros, o desejo de mudança, a clareza nos resultados, o desejo de abordar o sistema de saúde como um todo e transparência na avaliação dos resultados, assumindo uma crescente importância para a viabilidade e efectividade de governos e outras organizações (Mintzberg, 1994). Quando utilizado por organizações, sejam empresas ou organizações profissionais, o resultado do pensamento estratégico dá uma perspectiva da organização integrada numa visão, não muito articulada ou rígida, de direcção para o futuro.

O papel do planeamento estratégico em saúde pública está já documentado por diversos autores, sendo que se reveste de especial importância para o planeamento de recursos humanos de acordo com as necessidades, para a avaliação da eficiência e qualidade dos serviços e para a pesquisa de soluções inovadoras para problemas de saúde e do sistema de saúde (WSHA, 2011).

O planeamento estratégico devidamente utilizado pode ser uma importante ferramenta de gestão. É o processo que determina o que uma organização quer ser no futuro, e como vai fazer para chegar lá (Mintzberg, 1994). É por isso muito mais determinista que o pensamento estratégico que, em contraste com o planeamento, envolve intuição e criatividade. Um bom plano estratégico ajudará uma organização a lidar com as contingências que surgem num ambiente dinâmico como o dos cuidados de saúde e ajudará a estabelecer um plano “no meio do caos”, para assim posicionar a organização para o sucesso no longo-prazo, sendo particularmente útil para as organizações da saúde quando têm de lidar com alterações no padrão de prestação de cuidados (WSHA, 2011).

A metodologia de cenarização, é uma combinação de aprendizagem formal e informal que requer boa capacidade de análise e intuição para identificar mudanças no ambiente de modo a produzir novas perspectivas, pontos de vista e estímulo para

tomada de acção. Pode-se afirmar que esta metodologia é utilizada para o desenvolvimento da nossa capacidade para compreender e gerir a incerteza, testando as mentalidades, crenças e desafios e criando novas fontes de progresso para um futuro melhor (Searce & Fulton, 2004).

Um dos passos do processo de planeamento estratégico é uma avaliação profunda e completa do ambiente em que a organização actua (Bryson, 1988). O resultado desta análise é uma lista de aspectos críticos que terão influência no futuro. Esses aspectos críticos identificados, externos e internos à organização, serão depois a base do processo de construção de cenários, preparando-nos para o futuro com planos a longo prazo dotados de alguma flexibilidade e explorando as ameaças, oportunidades e potenciais estratégias.

Esta é uma ferramenta que permite avaliar e testar políticas mediante diferentes circunstâncias. Após a construção de cenários, a organização deve determinar quais os objectivos que quer alcançar, usando o cenário escolhido, ou mesmo uma combinação dos cenários desenvolvidos, para assim delinear o seu plano estratégico, antecipando alguns dos percalços que a incerteza do futuro naturalmente acarreta.

Nos subcapítulos seguintes, descreve-se mais detalhadamente esta metodologia assim como o material, população e métodos utilizados neste estudo.

3.1. METODOLOGIA DE CENARIZAÇÃO

O planeamento estratégico com a utilização de cenários prospectivos foi idealizado por Pierre Wack da Royal Dutch/Shell, no início dos anos 70 (Wack, 1985). Este seu trabalho ajudou a Shell nas crises de petróleo, permitindo que a empresa transformasse potenciais ameaças em oportunidades, antecipando a crise petrolífera de 1973. No seguimento desta experiência, este método começou a ser explorado por outros sectores de actividade, tendo o surgimento da *Global Business Network* no final dos anos 80, ajudado a acelerar a difusão deste método. Durante os anos 90, houve algumas experiências bem-sucedidas com o uso desta metodologia, acabando por se disseminar rapidamente para a sociedade civil, do sector público ao privado e às organizações sem fins lucrativos (Searce & Fulton, 2004).

Para Wack, o foco principal do uso dos cenários é a gestão da incerteza, sendo que o objectivo é identificar as principais incertezas críticas que afectam as decisões estratégicas de uma empresa ou governo, em contraste com os elementos predeterminados. Os elementos predeterminados são as forças de mudança que temos uma certeza relativa de que irão acontecer (ex. Cortes orçamentais) enquanto as incertezas são as forças imprevisíveis, tais como a opinião pública, o papel do Estado ou a mudança de valores sociais (Searce & Fulton, 2004). Para alcançar este objectivo este método baseia-se em três princípios fundamentais: visão a longo prazo, pensar de fora para dentro, e usar múltiplas perspectivas (Fig.14).

Figura 14 - Princípios fundamentais para construção de cenários

A visão a longo prazo - traduz-se em ver para lá das necessidades imediatas, espreitando novas possibilidades no futuro e questionando “E se...?”.

Pensar de fora para dentro - implica considerar os factores externos à organização, que podem mudar ao longo do tempo, e que poderão afectar profundamente o modo como essa organização trabalha. Esta perspectiva pode originar pensamentos mais abrangentes e imaginativos acerca de potenciais mudanças e estratégias que de outro modo não seriam visíveis.

O uso de múltiplas perspectivas - implica ouvir opiniões de pessoas de fora da organização que poderão trazer uma nova luz sobre os desafios estratégicos que esta enfrenta, mostrando-se extremamente útil para melhor ver todo o enquadramento de uma questão ou ideia.

Fonte: Searce & Fulton, 2004

Assim, seguindo estes três princípios fundamentais é possível a construção de cenários plausíveis, futuros que poderão chegar como resultado de tendências actuais, dando ênfase ao que poderá ser surpreendente (Schoemaker, 1993). Segundo Brummel & MacGillivray (2009), apesar das diferentes características que os cenários podem assumir, existem cinco características comuns que devem ser notadas (Fig.15).

Figura 15 - 5 características comuns de todos os cenários

Visões múltiplas – a construção de cenários envolve sempre mais do que uma visão do futuro, pois esse é o seu objectivo explícito. Uma visão apenas é uma previsão (*forecast*).

Mudança Qualitativa – o uso de cenários é mais apropriado quando se lida com situações complexas, altamente incertas em que as principais forças são qualitativas e não quantificáveis (ex: valores sociais, tecnologia, regulação, etc.)

Objectivos – A análise de cenários descreve o que poderá acontecer (salientando o que poderá ser surpreendente) e não o que queremos que aconteça. A objectividade requer que os cenários sejam consistentes e passíveis de acontecer. Se os cenários forem tidos como pouco credíveis, devem ser rejeitados. O desafio reside em alargar o âmbito do cenário sem o descredibilizar.

Abertos – Os cenários constituem histórias. Não dão detalhes precisos do futuro. Os cenários mais desafiantes permitem ir acrescentando detalhes que os ajudam a aproximar da realidade, e a identificar padrões que podem ser relevantes.

Relevantes e focados – O uso de cenários deve ser relevante para a situação em estudo. Devem-se focar nas forças que influenciam essas situações e nas incertezas críticas relevantes para as decisões estratégicas a considerar.

Fonte: Brummel & MacGillivray, 2009

Contudo, os cenários desta forma construídos não pretendem ser previsões do futuro. O problema da previsão não reside no facto desta poder errar, mas sim no facto de ser relativamente precisa (Wack, 1985). As previsões são construídas com o pressuposto que o mundo de amanhã será relativamente parecido com o actual. No entanto, o problema que se levanta é que as previsões tenderão a falhar exactamente nas alturas em que são mais precisas. Assim, o foco da análise de cenários não é a previsão linear (*forecasting*) nem é estimar probabilidades, mas sim delimitar fronteiras às incertezas futuras para melhor as compreender (Godet, 2000). Nas palavras de Schoemaker (1995), “*É encontrar um meio-termo entre a sub-previsão e a sobre-previsão, sem no entanto resvalar para a ficção*”. Esta limitação da incerteza é feita através do conhecimento de quais as “forças motrizes” que irão determinar a evolução futura, isto é, quais as incertezas que mais influenciarão o futuro consoante a sua evolução (Searce & Fulton, 2004).

Para a construção de cenários, Schoemaker (1995) identifica dez passos no procedimento que constituiu a base deste trabalho. São eles:

- I. Enquadrar a questão em estudo em termos cronológicos, de âmbito e de variáveis de decisão. Olhar para o passado para tentar perceber graus de incerteza e volatilidade.

- II. Identificar os principais *stakeholders*, seu papel, interesses e posição na questão em estudo. Identificar tantos os que serão afectados como aqueles que podem influenciar apreciavelmente a questão.
- III. Fazer uma lista de tendências actuais e elementos pré-determinados, que podem influenciar as variáveis em estudo. Explicar brevemente cada uma, incluindo como e porquê estas tendências podem ter influência nas variáveis.
- IV. Identificar incertezas chave cuja resolução irá afectar as variáveis. Explicar como cada uma delas afecta as variáveis, incluindo a forma como se interligam.
- V. Construir dois cenários extremos, um com todos os resultados positivos e incertezas chave, e outro com todos os resultados negativos. Adicionar algumas tendências e outros elementos a estes cenários extremos. A nossa abordagem, baseada na sugerida por Brummell (2009) e Lapão & Thore (1998), será diferente. Neste passo pretende-se construir um conjunto de cenários plausíveis que abarquem a maior parte dos futuros possíveis, mas sobretudo focados na preparação dos recursos humanos.
- VI. Verificar a consistência interna e plausibilidade destes cenários. Identificar onde e porque é que estes cenários podem ser inconsistentes (em termos de tendências e combinação de resultados).
- VII. Eliminar combinações que sejam pouco credíveis, e criar novos cenários até que tenham consistência interna, assegurando que estes cenários englobam uma larga gama de resultados.
- VIII. Estimar nestes cenários consistentes, como os principais *stakeholders* se irão comportar. Quando apropriado, identificar tópicos para futuros estudos que ajudem a sustentar a realidade desse cenário, ou que levem à revisão destes cenários.
- IX. Reexaminar a consistência interna destes cenários primários e verificar se certas interacções devem ser formalizadas num modelo quantitativo.

- X. Reavaliar a gama de incertezas das variáveis em estudo (dependentes), e refazer os nove primeiros passos, para se chegar a cenários de decisão, que poderão então ser entregues aos decisores com vista a melhorar o seu processo de tomada de decisão sob incerteza.

3.2. PROCESSO DE DEFINIÇÃO DE CENÁRIOS PARA O FARMACÊUTICO COMUNITÁRIO

Para construirmos os cenários para o futuro do farmacêutico comunitário português, usámos o método proposto por Lapão (1998), que condensa os 10 passos do procedimento descrito por Schoemaker (1995) em 3 fases, nas quais o envolvimento de uma equipa de cenarização é fundamental.

A metodologia de cenarização inicia-se com a definição de um período temporal para o qual se querem imaginar os diversos cenários, usualmente 5 a 10 anos, e com a identificação das principais forças de mudança que afectam o mundo e o país actualmente, e que terão impacto na questão em estudo. A escolha do período de tempo mais adequado depende de diversos factores, tais como a evolução tecnológica ou período político (Schoemaker, 1995). Escolheu-se para este trabalho um período de 10 anos porque permite pensar em mais alternativas para o futuro do farmacêutico comunitário, sendo suficientemente curto para certos elementos predeterminados como os elementos demográficos, conferindo alguma previsibilidade neste factor, enquanto incertezas críticas como a evolução tecnológica ou o ambiente político tenderão a evoluir mais rápida e imprevisivelmente durante este período.

Na continuação desta fase, estes factores são explorados em equipa, de modo a determinar quais serão as “forças motrizes”, ou seja, quais os factores críticos que mais poderão moldar o futuro do farmacêutico comunitário. São as diferentes combinações destas forças que originam diversas histórias do futuro.

Estas fases decorreram em 2 *workshops* de meio-dia. O processo iniciou-se com um pequeno seminário de forma a introduzir as ideias da análise prospectiva de cenários, tal como recomendado por Godet (2000), permitindo aos participantes tornarem-se mais familiares com o conceito e ferramentas deste tipo de análise. Após esta abordagem inicial, incentivou-se o *brainstorming* de ideias durante os *workshops*,

proporcionando sessões ricas em detalhes. Ambos os *workshops* foram gravados para permitir posterior análise de conteúdo, de modo a melhor detalhar os resultados obtidos.

A técnica de *brainstorming*, permite-nos olhar para lá das pressões que dominam no quotidiano o nosso trabalho e a nossa mente, de forma a procurar as forças que poderão ter um impacto inesperado. De acordo com Chauvet (1995), o *brainstorming* caracteriza-se por ser uma reunião de grupo em que novas ideias são recolhidas, sendo assegurada a livre expressão dos participantes. O objectivo é maximizar o fluxo de ideias, a criatividade e a capacidade analítica do grupo. Ou seja, é um método através do qual um grupo tenta encontrar uma solução para um problema específico, criando uma lista de ideias espontâneas a partir do contributo destes elementos.

Depois de discutidas estas forças motrizes, estas devem ser combinadas para criar os primeiros cenários temáticos, iniciando-se a segunda fase. Começa-se por identificar as forças motrizes mais importantes e mais incertas para a questão principal. Estas forças são as incertezas críticas e representarão a base dos cenários.

A forma mais simples e fiável para construir os cenários é através da representação das incertezas críticas sobre eixos que enquadram os pólos do que parece possível no período de tempo definido. Esta representação permite criar a matriz dos cenários, permitindo construir quatro cenários possíveis para o futuro. Desta combinação de incertezas críticas devem surgir histórias futuras, credíveis e úteis. Os cenários devem representar um conjunto de alternativas futuras e não simplesmente o pior, o melhor e o mais provável (Searce & Fulton, 2004). No final desta fase, deve dar-se nomes aos cenários. É muito importante dar nome aos cenários, pois estes constituem histórias que, condensadas num título, se tornam mais fáceis de seguir e lembrar. Deve-se ainda testar a consistência e plausibilidade destes cenários iniciais. Schoemaker (1995) descreve três testes para verificar a consistência interna que envolvem as tendências, os resultados e os principais actores chave (Fig.16). Se algum destes testes falhar, o cenário inicial irá evoluir para um diferente.

Figura 16 - Testes de consistência e plausibilidade dos cenários segundo Schoemaker

Para testar a consistência e plausibilidade dos cenários, devemos questionar:

- São as tendências compatíveis com o período de tempo esperado;
- Os cenários apresentam combinações de incertezas que realmente podem acontecer simultaneamente;
- Os principais actores-chave envolvidos estão em cenários que lhes satisfaçam.

Fonte: Schoemaker, 1995

Aplicando este método conseguiu-se, na primeira fase, fazer um ponto da situação do farmacêutico comunitário em Portugal, identificando as principais tendências, os principais actores-chave (*stakeholders*) e as principais incertezas, ajudando assim a definir os primeiros cenários temáticos. Na segunda fase, imaginou-se qual seria o papel do farmacêutico comunitário em cada um destes cenários, construindo um novo conjunto de cenários estrategicamente relevantes em torno dos principais vectores identificados (“forças motrizes” ou *driving forces*), atribuindo-lhes nomes. Numa terceira fase, já só com a participação do autor e do orientador desta tese, trabalhou-se todo o material recolhido para caracterizar cada um dos cenários, fazendo-se evoluir os cenários encontrados nas fases anteriores para possíveis cenários de decisão, testando a consistência e plausibilidade dos cenários e identificando pontos-chave que poderão influenciar a tomada de decisão pelos diferentes actores-chave envolvidos. Para tal, construiu-se a narrativa e encontraram-se possíveis indicadores que nos permitam fazer a monitorização e, se necessário, a actualização dos cenários. É nesta fase que se consegue determinar e identificar mais facilmente necessidades de futuras investigações para amenizar as muitas incertezas encontradas (Schoemaker, 1995).

Apesar da aparente simplicidade do processo, os resultados podem por vezes ser surpreendentes. No processo de adicionar detalhes a estes cenários, novas questões estratégicas podem emergir e velhas questões ser reformuladas (Searce & Fulton, 2004). Porém, para conferir mais objectividade ao processo, este procedimento, tal como descrito por Lapão (1998), deve ter algumas regras para garantir rigor ao exercício: não construir mais do que três cenários; evitar desenvolver cenários redundantes; e desenvolver um conjunto de cenários que representem a gama de futuros prováveis.

3.3. MATERIAL E POPULAÇÃO

A população em estudo é constituída por todos os farmacêuticos comunitários a exercerem a sua actividade em Portugal. Tratando-se de um estudo prospectivo sobre o futuro de um grupo de profissionais, a escolha dos materiais e dos informadores-chave que participarão nos *workshops* é um aspecto crítico da metodologia.

Para identificar os elementos predeterminados, externos e internos à profissão, que terão maior influência no futuro destes profissionais, o ideal é questionar peritos, actores da organização ou outros informadores-chave através de entrevistas estruturadas. Mas devido aos constrangimentos de tempo para a execução deste trabalho, decidiu-se que seria feita uma revisão bibliográfica, para encontrar os factores e incertezas mais relevantes para o futuro do farmacêutico comunitário. Para realizar a revisão bibliográfica, consultámos bases de dados *online* recorrendo aos motores de busca *Pubmed*, *b-On* e *Google Scholar*, tendo consultado também os arquivos electrónicos de alguns jornais diários de referência. Utilizámos diversos termos de pesquisa, em inglês e português, como por exemplo “farmacêutico comunitário”, “cenários futuros da farmácia”, “serviços farmacêuticos”, “Inovação em Farmácia”, “facilitadores de mudança”, “planeamento estratégico”, “eficiência serviços farmacêuticos”, entre outros. Desta pesquisa foi possível consultar 167 artigos, dos quais 108 foram utilizados para a realização desta tese.

Na base da construção de bons cenários, que abarquem um grande número de futuros possíveis, é imprescindível boa capacidade para imaginar diversas situações, e explorá-las mesmo que pareçam absurdas. Para tal, a escolha da equipa adequada para a participação nos *workshops* reveste-se de especial importância. Para este trabalho, foram formalmente convidados, pelo orientador da tese, dez pessoas para a equipa de cenarização. A escolha destes informadores-chave foi feita por conveniência, sendo que os principais critérios utilizados foram a experiência profissional e o currículo científico. Pretendia-se que estas pessoas contribuíssem com a sua visão, afecta às diferentes áreas de especialidade. Apenas seis pessoas responderam positivamente. Estas foram consideradas em número suficiente para a realização dos *workshops* tendo em conta o currículo e experiência de cada um, que se podem consultar na tabela 2. A equipa de cenarização, constituída por estas pessoas, pelo autor e pelo orientador desta tese, reuniu-se duas vezes para 2 *workshops* de cenarização.

Tabela 2 - Descrição sumária da experiência profissional e académico dos participantes nos workshops de cenarização

Participante	Experiência profissional
Afonso Cavaco	Farmacêutico, Doutor em Farmácia, docente do Subgrupo de Sócio-Farmácia na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa. Professor Auxiliar na Faculdade de Farmácia da Universidade de Lisboa, responsável pela unidade de ensino curricular Laboratório de Farmácia (5º ano)
Filipa Costa	Farmacêutica, Doutora em Farmácia, Professora associada convidada do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz
João Gregório	Farmacêutico, Especialista em Farmácia Comunitária, exerceu actividade em farmácia comunitária nos arredores de Lisboa durante 8 anos, Aluno de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento no Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
Luís Lapão	Engenheiro Físico Tecnológico, especialista em cenarização, Doutor em Engenharia de Sistemas/Informática Médica, Professor Auxiliar no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, responsável pela Unidade Curricular de Gestão na Saúde
Mara Guerreiro	Farmacêutica, Doutora em Farmácia, Investigadora associada do Instituto do Medicamento e Ciências Farmacêuticas da Universidade de Lisboa (iMED.UL), Professora associada convidada do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; membro da direcção da ANF entre 2001 e 2003; Directora-técnica da Farmácia Fialho
Rui Cortes	Gestor, com pós-graduação em Gestão de Saúde e Avaliação de Fármacos, Gestor de Acesso Regional da AstraZeneca Pharmaceuticals
Suzete Costa	Farmacêutica, Mestre em Saúde Pública, Ex-Directora do Departamento de Cuidados Farmacêuticos da ANF; Directora Executiva do Centro de Estudos e Avaliação em Saúde (CEFAR); co-proprietária de farmácia.
Teresa Luciano	Farmacêutica, Directora Executiva do ACES do Oeste

Foi decidido não convidar pessoas que estejam actualmente em posições directivas nas associações mais representativas do sector nomeadamente, da Ordem dos Farmacêuticos e da Associação Nacional das Farmácias. Pretendeu-se com isto evitar o natural viés que estas pessoas poderiam acrescentar. Ao invés, decidimos convidar pessoas que estivessem ligadas à investigação e à prática farmacêutica diária, mesmo que possuíssem experiência anterior nos corpos directivos da ANF ou da Ordem. Objectivamente, a participação de pessoas exteriores a estas organizações traduz-se num alargamento da visão do futuro para todas as suas tendências e incertezas (Schoemaker, 1995). Dado que os cenários são futuros possíveis, apenas contribuindo para estratégias no âmbito de uma organização, faz todo o sentido convidar pessoas no seu papel de profissionais, clientes, fornecedores, consultores ou investigadores.

CAPITULO 4: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pretende-se neste capítulo descrever os resultados deste trabalho e apresentar a sua discussão. Descreveremos o processo de escolha das duas principais forças-motrizes da mudança, com base nos factores tidos como mais relevantes no diagnóstico feito pelos participantes dos *workshops* de cenarização. Os resultados descritos têm como base o *brainstorming* dos *workshops* de cenarização. Discutiram-se nessas sessões a relevância dos factores com influência no papel do farmacêutico comunitário, os primeiros cenários temáticos e a consistência e plausibilidade destes cenários. As sessões foram gravadas, e após a análise do conteúdo das sessões, foram elaborados relatórios que se enviaram aos participantes para que pudessem acrescentar algum comentário. Por fim, caracterizamos os nossos cenários finais e suas implicações para os farmacêuticos comunitários, mantendo presente que os cenários aqui descritos não são previsões do futuro, apenas possibilidades que surgem no horizonte futuro com base na evolução recente que a profissão tem sofrido.

4.1. ESCOLHA DAS FORÇAS-MOTRIZES

No decorrer dos *workshops* de cenarização, foram abordados diversos temas que poderão ter influência no papel que o farmacêutico comunitário pode ter no sistema de saúde português, com vista a identificar quais seriam as incertezas críticas ou “forças-motrizes”. No primeiro *workshop* foram discutidos os factores externos e internos bem como as tendências actuais, quer do mercado quer dos números de farmacêuticos, levando os participantes a partilharem as suas percepções sobre a posição do farmacêutico comunitário no sistema de saúde. Desta forma, encontrou-se o conjunto de factores que mais poderão contribuir para afectar a mudança do papel do farmacêutico comunitário em Portugal e que nos iriam ajudar a construir os primeiros cenários temáticos, que de seguida se descrevem.

4.1.1. *Serviços Farmacêuticos*

Os serviços farmacêuticos surgiram como tema central nos *workshops* de cenarização, tendo sido considerados o motor do desenvolvimento e satisfação profissional, além de contribuírem para a diferenciação entre farmácias, assumindo assim uma importância crescente, especialmente desde a publicação do decreto-lei 307/2007. A constatação de que todas as farmácias têm os mesmos produtos levou os

participantes a concluir que no futuro, a diferenciação entre farmácias poderá ser feita pelo tipo de serviços prestados. A tendência poderá ser haver serviços cada vez mais sofisticados e que sejam remunerados. Ao valorizarem-se os serviços pretende-se que estes sirvam de âncora, tendo em vista a fidelização dos utentes, mas sobretudo acrescentando valor à prestação do farmacêutico.

O tema do “Centro comercial da Saúde” emergiu na discussão como um cenário plausível, mas que acentuará a questão da inconsistência de serviços entre farmácias, também verificada entre as farmácias que preferem a diferenciação pelos serviços em detrimento de descontos. Dentro deste tema, discutiu-se a possibilidade de outros profissionais prestarem os seus serviços nas farmácias ao mesmo tempo que os próprios farmacêuticos prestam mais serviços inovadores (como a consulta farmacêutica), aproveitando o crescente número de doentes crónicos.

Surgiram no *brainstorming* diversas possibilidades para serviços farmacêuticos relacionados com os aspectos das prescrições de repetição, adesão à terapêutica, venda de produtos, serviços na Internet e a existência de consultórios farmacêuticos, tendo-se discutido os aspectos legislativos e de financiamento relacionados. Todos estes temas têm suporte em casos descritos na literatura.

Um aspecto que parece ser fulcral neste tema é a questão do incentivo aos serviços. Para que o alargamento dos serviços farmacêuticos a todas as farmácias seja exequível, poderão ser necessários incentivos às farmácias. Na percepção dos participantes, as farmácias não vão oferecer serviços que não sejam sustentáveis economicamente. No entanto, mesmo estes podem não ser disseminados tão rapidamente assim. O exemplo do Programa de Cuidados Farmacêuticos da Diabetes surge para demonstrar que pode não ser suficiente remunerar determinado serviço para que este seja aceite pelas farmácias, além de que a predisposição dos utentes para o pagar pode também ser um entrave à disseminação desse serviço.

4.1.2. Ambiente Económico/Situação Financeira das Farmácias

As farmácias são pequenas empresas privadas cuja actividade e rendimento estão dependentes das margens estipuladas pelo governo para os medicamentos comparticipados, da venda de MNSRM e da venda de outros serviços.

Como são o local onde a maioria dos farmacêuticos comunitários exerce a sua actividade, surge como tema neste *workshop* a situação financeira das farmácias. Para os participantes, a situação financeira das farmácias bem como o ambiente económico em Portugal (mais crise ou menos crise) terão impacto no papel que o farmacêutico comunitário poderá desempenhar. Com a pressão que existe sobre o preço dos medicamentos, fruto da conjuntura económica actual e dos crescentes gastos com medicamentos, é provável que se continue a verificar a diminuição das margens de comercialização, estrangulando financeiramente as farmácias. Além disso, a diminuição da procura de serviços e MNSRM devido ao actual ambiente de crise económica, vai contribuir ainda mais para a diminuição dos lucros, agravando ainda mais a situação financeira das farmácias.

No final da discussão deste tema, ficou a percepção dos participantes que quanto mais o negócio for estrangulado, mais o acto clínico pode ter tendência a desaparecer, no que será um balanço algo difícil de fazer pelo que tem de começar a haver outras fontes de financiamento. Estas passariam por ou vender mais coisas, ou cobrar mais serviços. Surgiram também outras hipóteses, como por exemplo pagar a gestão do medicamento em vez do medicamento, o que poderia levar a um *bypass* ao sistema tradicional: o doente iria à farmácia do hospital levantar a maior parte dos medicamentos e a farmácia comunitária ficaria com o resto dos medicamentos e outros produtos. O utente pagaria apenas uma taxa de serviço para a gestão da medicação. Esta é uma situação que careceria de óbvias alterações legislativas e que teria fortes implicações para o mercado das farmácias, mas que poderá trazer mais-valias para os farmacêuticos e para os utentes.

Outra sugestão foi que a constante redução das margens pode levar ao desaparecimento dos fornecedores grossistas, para assim se reforçarem as margens da indústria e das farmácias. Esta é uma tendência que, apesar de ainda não ser muito evidente em Portugal, se começa a prever, com a indústria a começar a instituir o conceito de venda *Direct to Pharmacy* (DTP). Em 2011 já poderão haver mudanças, potenciadas pelas sucessivas reduções de preços, o que poderá trazer ao farmacêutico novos desafios a nível de gestão, mas os participantes concordaram que os agrupamentos de farmácias que vêm surgindo já podem ser um sinal dessa tendência de facilitação da gestão.

4.1.3. *Vontade Política*

Em torno dos temas discutidos, surgiu recorrentemente o tema da vontade política do governo em funções como um dos factores com mais importância para o papel que o farmacêutico comunitário pode desempenhar. A vontade política é necessária à introdução de medidas que alterem a legislação vigente no sector da farmácia, dependendo de inúmeros factores, como as pressões de grupos económicos, grupos profissionais ou a relação do partido de governo com os principais actores-chave do sector, nomeadamente, com a ANF no que poderá ser um entrave ao desenvolvimento da profissão nas farmácias. Dentro deste tema, surgiu a hipótese de um governo em exercício poder querer colocar farmacêuticos nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) para quebrar a excessiva capacidade de intervenção no mercado da ANF. Além disso, a percepção de que pode começar a haver desemprego para os farmacêuticos dentro pouco tempo, gerando mais um factor de instabilidade, levou os participantes a considerar que uma intervenção governamental neste sector será inevitável.

No entanto, a percepção dos participantes é que as recentes alterações legislativas têm sido impulsionadas por pressões económicas, como se tem verificado nos últimos anos em Portugal, com a liberalização da propriedade de farmácia, a possibilidade de venda de medicamentos fora das farmácias e com as sucessivas diminuições das margens de lucro, com o objectivo declarado pelo governo de diminuir o peso do custo com medicamentos no orçamento de Estado.

Com as crescentes dificuldades orçamentais, é possível que ocorra uma intervenção governativa no sector da saúde, não sendo as farmácias excepção. Pode haver, nesta situação, uma tendência para a verticalização do sector tal como a já verificada em alguns países com propriedade e abertura liberalizada. No entanto, a percepção dos participantes é que deve existir um compromisso com a qualidade. Ao liberalizar e estrangular financeiramente as farmácias, e não actuando na qualidade, o governo estará a degradar as condições em que se exerce. A percepção dos participantes sobre este assunto foi que a liberalização até poderá acontecer, desde que exista um compromisso do governo e dos órgãos regulamentares (Ordem e INFARMED) com o rigor nas inspecções e auditorias.

As crescentes dificuldades de financiamento do SNS podem também levar a alterações mais ou menos profundas do sistema, não só na forma de financiamento, mas também na forma de funcionamento e prestação de serviços.

4.1.4. *Utentes*

Os utentes são um factor determinante pois são as suas necessidades e percepções que influenciam a procura de serviços mais do que a procura de medicamentos, dada esta ser uma procura que é induzida.

A percepção dos participantes é que os sucessivos aumentos do co-pagamento dos medicamentos podem influenciar o público, levando-o a procurar as farmácias com os preços mais baixos, independentemente dos serviços oferecidos, ou ainda pressionando o governo para redução de margens de lucro e do preço dos medicamentos nas farmácias.

Na dimensão da participação dos utentes no processo de tratamento, a percepção dos participantes é que a baixa literacia ainda é algo prevalente em Portugal, pelo que essa baixa literacia iria contribuir para travar a extinção das farmácias no futuro mais próximo. Em relação à literacia tecnológica, apesar de as primeiras experiências de venda de medicamentos pelas farmácias na Internet não estarem a ser positivas, o facto de os portugueses aderirem com facilidade às novas tecnologias, deixa no ar a possibilidade de no futuro esta vir a ser uma área importante, com impacto na procura de medicamentos e serviços.

4.1.5. *Papel das Organizações Profissionais*

Na opinião dos participantes neste primeiro *workshop*, as farmácias e os farmacêuticos comunitários, apesar de interligados, são distintos e podem ser independentes. A ideia de uma carreira de farmacêutico não tem a ver com a sobrevivência das farmácias, mas sim com o desenvolvimento do profissional. Este desenvolvimento tem sido fomentado pela formação contínua obrigatória, instituída nos estatutos da Ordem dos Farmacêuticos, tendo surgido a ideia de saber se esta está a ser eficaz e a cumprir com os objectivos a que se propôs. Dentro desta temática, foi igualmente debatida a necessidade de uma carreira farmacêutica, dado que os farmacêuticos comunitários não têm evolução na carreira, pelo que o sítio onde

trabalham (urbano vs rural) é o que acaba por influenciar o desenvolvimento das suas capacidades.

Para os participantes, as duas associações mais representativas do sector (ANF e OF) poderão desempenhar um papel fundamental na definição do farmacêutico futuro, apesar do previsível crescente antagonismo, tendo em conta que a maioria dos associados da Ordem já não é proprietária de farmácia. A percepção dos participantes é que deve ser a Ordem o principal parceiro para futuras negociações com o SNS e não a ANF. No entanto, a percepção de que “o poder económico é que manda”, em referência à ANF, levou os participantes a crer que será este o principal *player* a ter em conta dentro das associações profissionais. A ANF defende os interesses das farmácias, tendo nas últimas décadas favorecido o movimento de um serviço centrado no medicamento para um serviço centrado nos utentes, isto é, a ANF tem prestado uma maior atenção aos aspectos relacionados com a prestação dos serviços farmacêuticos cognitivos em detrimento da dispensa de medicamentos. Os participantes consideraram que este movimento foi positivo para os profissionais, constatando-se que grande parte do que tem sido feito pela profissão, foi a ANF que fez acontecer, desde o desenvolvimento de *software* e ajuda à informatização das farmácias, desenvolvimento de serviços e implementação de programas como a troca de seringas, a terapêutica de substituição com metadona e os programas de cuidados farmacêuticos.

4.1.6. Cuidados de Saúde Primários (CSP)

O tema dos Cuidados de Saúde Primários emerge no contexto da presente reforma e no impacto que esta terá no mercado das farmácias e no papel que o farmacêutico comunitário poderá vir a desempenhar. Com a evolução dos CSP, existe uma tendência para a harmonização dos procedimentos clínicos, o que pode ter impacto na gestão das farmácias. Além disso, pode também haver uma maior influência da prescrição hospitalar na prescrição CSP.

Durante o debate, emergiram algumas possibilidades dentro deste quadro para que o farmacêutico comunitário pudesse desempenhar um papel activo dentro das Unidades de Cuidados Continuados (UCCs). O farmacêutico poderia fazer uma gestão integrada dos doentes, estando presente nas Unidades de Saúde Familiar (USFs), havendo, ou não, ligação com as farmácias. Pode haver uma equipa de farmacêuticos, que pode fazer

a distribuição e entrega, com a intenção de poupar custos. Com o surgimento das USFs do modelo C, a farmácia pode mesmo passar a ser a exploradora da USF. Pode mudar a forma da farmácia estar presente junto dos prestadores de saúde. No entanto, como a experiência das farmácias privadas dentro dos hospitais não foi muito positiva, falta saber como reagirão as farmácias perante essa possibilidade.

Para o farmacêutico comunitário poder integrar, de facto, a rede dos CSP, além das alterações legislativas foi identificada a necessidade melhorar os hábitos de trabalho em equipa entre os profissionais de saúde envolvidos, nomeadamente, com médicos e enfermeiros, sendo que para os participantes esta relação é influenciada por diversos factores, como o *lobbying*, o ambiente de confiança e factores culturais.

Para os participantes, o farmacêutico comunitário não tem tido a relevância que merecia no plano nacional de saúde (PNS) pois consideram que o farmacêutico comunitário é uma peça fundamental na gestão integrada da doença e do medicamento. No entanto, os farmacêuticos podem ser úteis no contributo para melhorar a eficiência do SNS, ajudando na definição de metas e objectivos, e contribuindo para as alcançar com estabelecimento de processos, sistemas de incentivo, e sinergias na utilização racional dos serviços de saúde.

4.2. DECISÃO DAS PRINCIPAIS INCERTEZAS CRÍTICAS

Emergiram diversos temas e factores no primeiro *workshop*. Na tabela 3, apresentamos todos os factores que foram enunciados.

Para decidir quais as incertezas críticas que serão as forças-motrizes da mudança, questionámos os participantes no final do *workshop*, perguntando-lhes quais os dois factores entre os discutidos que consideravam mais importantes para a definição do futuro do farmacêutico comunitário, tendo cada participante indicado dois. Dessa votação emergiram como principais incertezas críticas a organização/liberalização do SNS, a situação financeira das farmácias, o tipo de utente, a vontade política e o desenvolvimento e inovação tecnológica.

Tabela 3 - factores com maior relevância para o futuro do farmacêutico comunitário português que emergiram nos *workshops*

Factores mais relevantes	Outros factores discutidos
Ambiente económico	Ausência de carreira de farmacêutico comunitário
Organização/Liberalização do SNS	Desenvolvimento tecnológico e velocidade de adaptação a novas tecnologias
Poder da ANF vs Ordem	Evolução para USF Modelo C
Situação Financeira das Farmácias	Factores culturais
Tipo de Utente	Formação dos farmacêuticos
Vontade política	Gestão da Qualidade e diferenciação dos serviços prestados
	Inconsistência de serviços entre farmácias
	Literacia informática dos utentes
	Saúde mais descentralizada

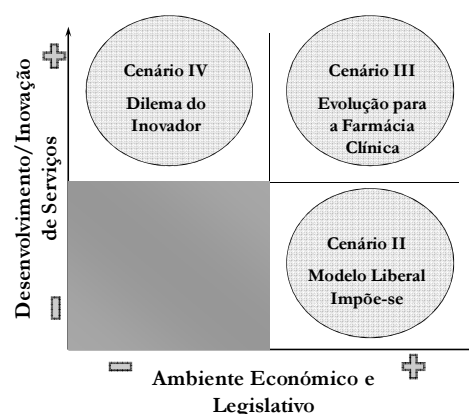
Tendo em conta a definição das incertezas críticas pelos participantes, elaborámos os primeiros cenários temáticos para que fossem discutidos no segundo workshop. Para tal, organizámos a informação recolhida para que fosse possível ter duas forças motrizes, representadas sobre dois eixos numa matriz 2x2. Escolhemos como eixos principais para estes primeiros cenários o ambiente económico e legislativo e o desenvolvimento/ inovação de serviços. O eixo ambiente económico e legislativo condensa o factor organização/liberalização do SNS, ambiente económico e vontade política enquanto o eixo desenvolvimento/ inovação de serviços tenta condensar o factor situação financeira das farmácias e tipo de utente.

4.3. DEFINIÇÃO DOS EIXOS DOS CENÁRIOS.

Desenhámos os primeiros cenários temáticos (Fig.17) como hipóteses verosímeis para o futuro da farmácia, que correspondem a cenários macro-económicos relativos aos ambiente onde o farmacêutico irá actuar e aos quais irão corresponder diferentes papéis para o farmacêutico.

Da discussão do segundo *workshop*, concluímos que os eixos escolhidos definem 3 cenários plausíveis e mais interessantes para o ambiente social onde o farmacêutico comunitário irá exercer a sua actividade. Emergiram diferentes ideias para o papel que o

Figura 17 - Primeiros cenários temáticos



farmacêutico poderá ter em cada um dos cenários, confirmando assim a consistência destes primeiros cenários e permitindo uma análise mais rica.

Assim, para os participantes, no cenário II - “Modelo Liberal Impõe-se”, o farmacêutico assumiria apenas o papel de director técnico, supervisionando todos os aspectos relacionados com a dispensa dos medicamentos de prescrição obrigatória. No cenário III – “Evolução para a farmácia clínica”, o farmacêutico, além de responsável pela dispensa dos medicamentos, seria também um prestador de serviços farmacêuticos diversos, que seriam remunerados independentemente do local onde são praticados (dentro ou fora das farmácias). No cenário IV – “Dilema do Inovador”, o farmacêutico assumiria um papel mais comercial, sendo apenas mais um profissional dentro de um espaço saúde para prestação de serviços, que não seriam todos da sua responsabilidade. Teria de ser simultaneamente vendedor de produtos e prestador de serviços, que teria de desenvolver para se conseguir diferenciar dos outros profissionais que prestariam serviços no mesmo espaço.

Com a informação recolhida nos *workshops* de cenarização, foi possível definir os eixos principais, que iríamos utilizar na construção dos nossos cenários finais.

Assim, tendo em conta os resultados dos dois *workshops*, considerámos que os factores Organização/Liberalização do SNS, Vontade Política, e Ambiente Económico iriam definir uma das forças-motrizes que designámos “Ambiente Legislativo”. Este reflecte a maior ou menor tendência para a liberalização do sistema de saúde e mercado das farmácias, resultado das forças de pressão da opinião pública e dos grandes grupos retalhistas. Este eixo reflecte também a situação económica do país, pois esta tem sido o motor para alterações legislativas que poderão alterar a forma de financiamento e de funcionamento do SNS. A vontade política e as atitudes do governo então em funções serão determinantes no modelo de financiamento que estará em vigor no futuro. Assim, considerámos como extremos deste primeiro eixo um ambiente menos liberalizado, com poucas alterações legislativas relativamente às actuais regras do sector, e outro em que são introduzidas alterações no sentido de liberalizar a abertura e propriedade das farmácias, e também o próprio SNS.

Suportámos a nossa decisão no facto de que a alteração legislativa que produz mais efeitos no mercado das farmácias é a liberalização de propriedade e instalação

destes estabelecimentos, devido a uma diminuição da regulamentação (Lluch & Kanavos, 2010, Rodrigues et al., 2005). A discussão em torno de qual dos modelos é o melhor tem-se arrastado no tempo, com posições antagónicas por parte dos actuais proprietários e de outros actores chave do sistema como a indústria farmacêutica, os distribuidores grossistas e outros retalhistas. Em Portugal, a posição da Autoridade da Concorrência sobre esta matéria, baseada no estudo efectuado por Rodrigues et al (2005), tem sido a base das justificações políticas para as recentes alterações na regulamentação. Nesse estudo, considera-se que as restrições à propriedade de farmácias estão a restringir a “bolsa de talento”, condicionando a inovação, o que cria entraves ao surgimento de novas soluções que pudessem ser do agrado dos consumidores, gerando uma potencial perda de eficiência. Com a aprovação do decreto-lei 307/2007, parte das restrições foram já levantadas, nomeadamente a exclusividade da propriedade de farmacêuticos, embora a instalação continue limitada ao cumprimento de distâncias e capitação. Outro argumento utilizado a favor da desregulamentação em Portugal, tem sido a rentabilidade “supra-normal” do negócio de retalho de medicamentos quando comparado com outros retalhistas. Em 2003, a farmácia média do continente com uma margem bruta de 24,6% apresentava um resultado líquido de 6,8% correspondente a um lucro médio de 84.500€, muito acima de outras pequenas e médias empresas de venda a retalho que apresentavam nessa altura margens brutas médias de 15,5% e 1.2% de resultado líquido (Rodrigues et al., 2005). Estes valores revelam ser este um mercado apetecível para grandes grupos económicos, que seriam os principais beneficiados de uma possível liberalização. No entanto, actualmente a ANF refere um crescente número de farmácias em dificuldades financeiras fruto da descida desse resultado líquido para 3,1% em 2010 (Araujo, 2010).

Relativamente à liberdade de instalação, as evidências apontam para que a actual legislação é a que melhor garante a equidade de acesso (Lluch & Kanavos, 2010). Num ambiente em que a liberdade de instalação é assegurada, haveria desequilíbrios na instalação de farmácias, que teriam de ser limitados. Mas é possível que esta medida levasse a um aumento de farmácias, pelo menos nas zonas de maior densidade populacional. Com mais farmácias no mercado, aumenta a competição através do preço dos MNSRM e através dos descontos nos medicamentos de prescrição obrigatória, com os consequentes benefícios a reverterem para a sociedade, tanto consumidores como

entidades financiadoras. A regulamentação existente no Reino Unido, que assegura essa liberdade de instalação, permitiu um sistema de mais baixo custo, apesar de se poder argumentar que é um sistema que não é tão respeitado e valorizado como o constituído por farmácias independentes existente em Portugal, Espanha e noutros países (Mossialos et al., 2004). Contudo, no sistema britânico, a remuneração das farmácias é feita de forma diferente, com melhor remuneração para os farmacêuticos e um quadro de incentivos com vista a melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados, o que potencia a utilização do farmacêutico comunitário para funções distintas das actuais (Lluch & Kanavos, 2010). Na figura 18 podemos observar as diferenças entre os incentivos para os serviços farmacêuticos existentes em Espanha e no Reino Unido.

Figura 18 – Diferenças de incentivos entre os farmacêuticos do Reino Unido e de Espanha

Additional explicit incentives provided in each country	Spain	UK
Essential services funding		
Dispensing	Yes – NIC \times 1.25 (on average)	Yes – 90 p per item dispensed + NIC
Repeat dispensing	No	Yes – £1500 a year
Disposal of unwanted medicines	No	Yes
Promotion of Healthy Lifestyles (Public health)	No	Yes
Signposting patients to other health care providers	No	Yes
Support for self-care	No	Yes
Clinical governance	No	Yes
Advanced services funding		
Fee for medicines use reviews and prescription interventions	No	Yes – at £28 each
Enhanced services		
Supervised administration (consumption of prescribed medicines)	No	Yes
Needle & syringe exchange	No	Yes
On demand availability of specialist drugs (availability of palliative care or other specialist medicines)	No	Yes
Stop smoking	No	Yes
Care home (support and advice on storage, supply and administration of drugs and appliances)	No	Yes
Medicines assessment & compliance support	No	Yes
Medication review (full clinical review)	No	Yes
Minor ailment service	No	Yes
Out of hours (access to medicines)	No	Yes
Supplementary prescribing by pharmacists	No	No
Emergency hormonal contraception	No	Yes
Seasonal influenza vaccination	No	Yes
Patient group directions	No	Yes
Chlamydia screening & treatment	No	Yes
Other		
Establishment payments	No	Yes
Practice payment (based on dispensing staff and number of items dispensed)	No	Yes
Transitional payment (based on the number of prescription items submitted)	No	Yes
Pre-registration training grant	No	Yes – at £18,440
IT/EPs allowances	No	Yes (£2600 in phase I and £1000 in phase II) + £200/month for maintaining the service
Incentive to buy at best price from wholesaler	No	Yes, through category M pricing list

Source: PSNC for the UK and authors' compilation from interviews and official sources for Spain.

Yes – the service is offered and there is a financial incentive in place. No – the service is offered with no financial incentive.

Fonte: (Lluch & Kanavos, 2010)

Em Portugal, tanto a ANF como a Ordem, têm defendido o modelo actual, em defesa da independência das farmácias e dos farmacêuticos. Advogam que só o modelo de unicidade entre propriedade e direcção-técnica permite que a dispensa de medicamentos seja feita com independência, sem pressões externas e com qualidade,

apesar de não existirem evidências que suportem esse facto (Dobson & Perepelkin, 2010, Lluch & Kanavos, 2010). Assegurando a presença de um farmacêutico na farmácia, assegura-se a qualidade da dispensa e prestação de serviços, pois este está sujeito ao cumprimento de um código deontológico que ajuda a proteger a sua actividade enquanto profissional de saúde independente, com o doente como foco principal dos seus cuidados (Lluch, 2009). Num cenário de liberalização da propriedade, caberia à Ordem defender os interesses e a independência do farmacêutico comunitário, assegurando que as regras deontológicas serão cumpridas, e não à ANF que, legitimamente, defende os interesses dos proprietários das farmácias.

Igualmente para contrariar a argumentação a favor da liberalização da propriedade e instalação, são geralmente utilizados os inquéritos de satisfação dos utentes sobre os serviços das farmácias, que revelam um nível elevado de satisfação. Contudo, estes estudos, focando-se apenas nos serviços e não na satisfação com os preços praticados (Rodrigues et al., 2005), têm algumas limitações, devendo por isso ser interpretados com cautela. O facto de os utentes estarem satisfeitos com a situação actual não significa que não possam ficar mais satisfeitos com outro tipo de situação, se esta lhe trouxer menos gastos com as despesas na farmácia.

A reforma do actual modelo de SNS em direcção a um modelo bismarkiano, financiado por seguros públicos e privados, é sustentada pelo exemplo que outros países com modelos semelhantes estão a seguir, como é o caso do Reino Unido (Or et al., 2009). Não quer isto dizer que o SNS desapareça, apenas que poderá sofrer reformas que possibilitem a entrada no sector de outros prestadores e financiadores. As medidas impostas pelo memorando de entendimento (BCE et al., 2011), que entrarão em vigor nos próximos meses, além das medidas programáticas do novo partido de governo, deixam antever já algumas alterações no sentido de uma maior liberalização do sistema de saúde.

Para definir a segunda força-motriz, considerámos os factores “Situação Financeira das Farmácias”, “Tipo de Utente” e “Desenvolvimento Tecnológico” como os que terão maior impacto no papel dos farmacêuticos comunitários, devido à diferenciação entre farmácias que estes factores potenciam. Essa diferenciação será feita ao que tudo indica, pelos serviços farmacêuticos pelo que designámos a segunda força-

motriz “Capacidade de Inovação de Serviços”. Essa “capacidade” dependerá simultaneamente, da situação financeira das farmácias, da contínua e rápida evolução tecnológica e da maior ou menor procura desses serviços pelos utentes, caracterizados por um crescente envelhecimento, e com maior prevalência de doenças crónicas, mas também com uma crescente capacitação a nível de informação e tecnologias. Assim, como extremos deste eixo, temos uma situação de pouca inovação e desenvolvimento de serviços, por falta de um sistema de incentivos, de procura e de condições financeiras das farmácias, e no outro extremo, uma significativa procura e aposta na inovação e desenvolvimento da prestação de serviços, por necessidade das farmácias se diferenciarem para aumentarem a captação de clientes e assim a sua facturação. Este eixo é aquele que mais diz respeito ao Farmacêutico Comunitário e à sua postura perante os desafios que se advinham.

Podemos considerar que, a influenciar o desenvolvimento de serviços, está o conceito geral da economia, a lei da oferta e da procura. O lado da oferta remete-nos para a posição que os farmacêuticos comunitários e proprietários das farmácias terão relativamente aos serviços farmacêuticos, enquanto a procura nos remete para a posição que os doentes têm como actores-chave de um sistema de saúde. É certo que a existência de serviços farmacêuticos diferenciados só se justificará se houver procura. Esta procura pode ser induzida, tal como o é a procura por medicamentos, mas no caso dos serviços farmacêuticos diferenciados, a barreira constituída pela imagem dupla do farmacêutico que existe na opinião pública simultaneamente profissional de saúde e comerciante, será uma das que tem de ser vencida (Cavaco & Bates, 2007, Maddux et al., 2000, Resnik et al., 2000).

Considerando a óptica dos proprietários de farmácia, o interesse nos serviços farmacêuticos só será aprofundado se estes se revelarem uma mais-valia em termos económicos para a farmácia. Um nível adequado de remuneração pelos serviços farmacêuticos prestados será essencial para assegurar que mais profissionais adoptem esta nova filosofia de trabalho (Lluch & Kanavos, 2010, Roberts et al., 2005). Contudo, essa remuneração também estará dependente da existência de evidências de que esta nova forma de actuação tem valor económico para os financiadores. Neste sentido, a existência de estudos que demonstrem inequivocamente a mais-valia destes serviços é uma necessidade que tem de ser resolvida. Diversos autores já abordaram esta questão,

sendo que as evidências apontam no sentido de que os serviços farmacêuticos trazem ganhos importantes para o sistema de saúde, tanto em ganhos de saúde e qualidade de vida como em ganhos de eficiência (Berenguer et al., 2004, Doucette et al., 2006). Num estudo efectuado no Estados Unidos em Asheville, a implementação de um programa de cuidados farmacêuticos para doentes diabéticos demonstrou que esses serviços podem poupar entre 1200 a 1871 dólares por doente, por ano (Cranor et al., 2003).

Contudo, a falta de robustez da larga maioria dos estudos já efectuados, sobretudo no que concerne à avaliação económica, constitui um sério obstáculo para que estes sejam remunerados pelos financiadores dos diferentes sistemas de saúde (van Mil et al., 2004b). Relativamente à situação portuguesa, os estudos já publicados incidem sobretudo na melhoria dos indicadores de saúde (Costa et al., 2006a, Costa et al., 2006b, Garção & Cabrita, 2002), estando em linha com as evidências internacionais. Havendo demonstração das mais-valias económicas que os serviços farmacêuticos diferenciados parecem trazer, cabe aos farmacêuticos assegurar que o nível de desenvolvimento e inovação é uniforme, precisando igualmente de mostrar aos consumidores o valor desses serviços, contribuindo assim para a equidade do sistema de saúde. Com esta base de evidência, é natural que os proprietários de farmácias vejam nos serviços farmacêuticos uma fonte de receitas que não deve ser menosprezada, principalmente num contexto de dificuldades económicas (Doucette et al., 2006).

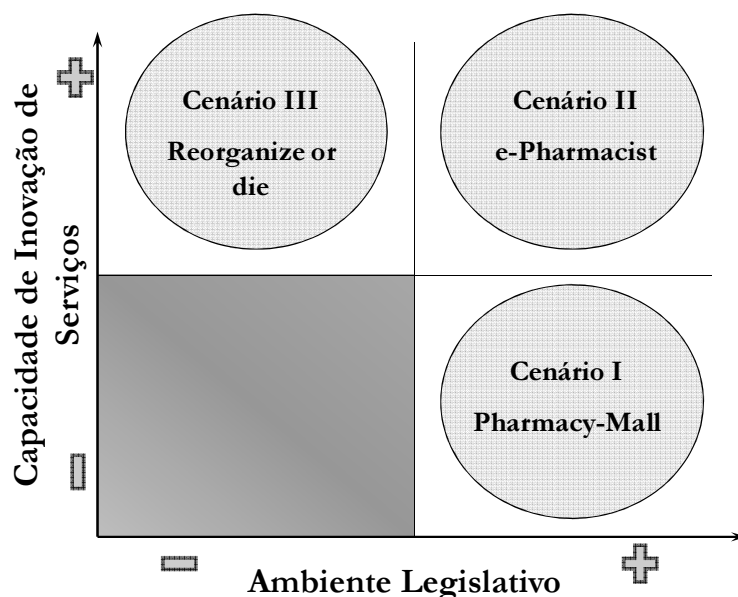
Mas a forma como esses serviços serão remunerados será fundamental para determinar qual o papel que o farmacêutico comunitário poderá ter no futuro sistema de saúde. Havendo demonstração do valor dos serviços farmacêuticos na gestão dos custos com medicamentos e na melhoria dos indicadores de saúde, aumenta a possibilidade de haver novos financiadores interessados nessa prestação nomeadamente, sistemas e subsistemas de saúde. Se a remuneração surgir de entidades financiadoras como o Estado ou esquemas de seguros, o desenvolvimento de serviços será mais sustentado, já que não é tão dependente da procura, o que já não acontece se a remuneração for em exclusivo dos doentes. Também a primeira situação poderá abrir outras possibilidades para os farmacêuticos comunitários exercerem a sua actividade fora do contexto das farmácias, abrindo consultórios farmacêuticos ou fazendo parte de equipas multidisciplinares a trabalharem em policlínicas.

É claro que um dos elementos mais fundamentais para o desenvolvimento de serviços é quem os vai prestar pelo que, as atitudes dos farmacêuticos perante a mudança necessária terão de ser tidas em conta para a definição do futuro do farmacêutico comunitário. Roberts (2005) constata, num estudo efectuado com farmacêuticos australianos, que existe um espectro de motivação para a mudança. Num extremo deste espectro estão aqueles que se sentem mais motivados pela satisfação profissional e pela crença no seu papel como prestador de cuidados de saúde. No outro extremo, encontram-se aqueles que sentem que a necessidade de mudança lhes está a ser imposta e por isso a motivação para mudar só chegará quando os seus negócios forem ameaçados. Claro que a maioria dos farmacêuticos se encontra algures entre estes dois extremos do espectro, mas Roberts (2005) sugere, sustentado neste estudo e em outras evidências, que reconhecer a existência destas motivações e valores pessoais do farmacêutico poderá ser um importante indicador do sucesso de uma farmácia a implementar os serviços farmacêuticos diferenciados de forma sustentada.

4.4. CARACTERIZAÇÃO DOS CENÁRIOS

Com as forças motrizes dos cenários definidas, construímos os nossos cenários finais (Fig.19), que agora passamos a descrever. As descrições que se seguem constituem histórias do futuro, hipóteses para o futuro da farmácia e do farmacêutico comunitário, ficando a discussão das implicações que cada um terá, nos profissionais e no sistema de saúde, para a secção seguinte.

Figura 19 - Cenários Finais⁵



4.4.1. Cenário I – “Pharmacy-Mall”

Neste cenário, considera-se que na sequência de alterações económicas e legislativas ocorreu a liberalização total da propriedade e instalação de farmácias, possibilitando a entrada de grandes cadeias, nacionais e internacionais. As alterações legislativas não abrangeram a forma de remuneração das farmácias, continuando estas a ter como principal fonte de receitas as margens de comercialização dos medicamentos. Não foram implementadas medidas para incentivar o desenvolvimento de serviços, nem estes são remunerados pelo Estado. Além disso, a procura de serviços farmacêuticos pelos utentes é mais baixa, estando estes mais interessados na poupança de recursos económicos nas suas visitas à farmácia do que em utilizar serviços para os quais ainda não reconheceram valor. Como também melhoraram as margens de comercialização (com concentração horizontal e vertical no sector), os proprietários das farmácias também não sentiram a necessidade de inovar e iriam apostar em ter mais produtos disponíveis, não apostando no desenvolvimento dos serviços, mantendo-se o nível de inovação e de desenvolvimento de serviços farmacêuticos baixo. Neste cenário, haveria uma pressão muito grande na componente do produto e uma dependência grande da

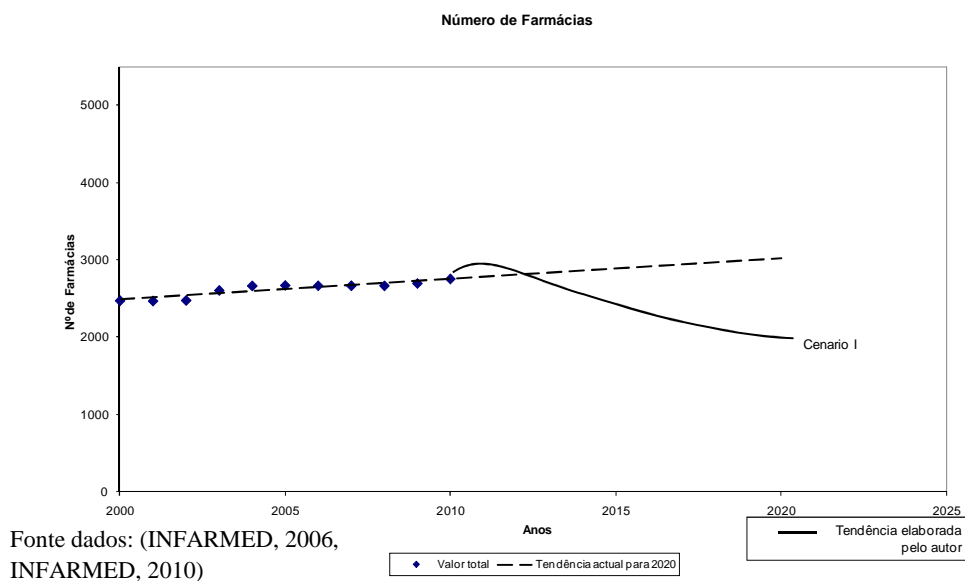
⁵ A escolha dos nomes para os cenários finais reveste-se de especial importância, sendo crucial serem nomes marcantes para serem mais fáceis de recordar. A escolha do inglês para nomear os cenários prende-se com o facto de a tradução certa para alguns dos termos utilizados retirar impacto ao nome do cenário.

política do proprietário. Tenderão a surgir também farmácias na Internet, não necessitando nesse caso o utente de se deslocar à farmácia. Todo o processo de dispensa está automatizado desde a prescrição – o médico envia a prescrição para um servidor e o utente decide depois onde quer receber os medicamentos dessa prescrição, se numa farmácia tradicional se em casa por correio.

Inicialmente, com o ligeiro aumento do número de farmácias, iriam existir novas oportunidades para alguns farmacêuticos, sobretudo aqueles já com experiência no mercado de trabalho, pois estes teriam mais possibilidades de alcançarem a posição de director-técnico. Não haveria grande hipótese de um novo farmacêutico ter a sua farmácia, pois os grandes grupos retalhistas teriam mais capital disponível para investir, impedindo a abertura e a sustentabilidade de novas farmácias independentes. As possibilidades de os novos farmacêuticos terem a sua farmácia seriam diminutas, passando o farmacêutico comunitário a ser essencialmente empregado destes grandes grupos.

O número de farmácias nas zonas urbanas de maior densidade populacional tenderia a aumentar ligeiramente, localizando-se as novas farmácias sobretudo em centros comerciais, mas a viabilidade das farmácias mais pequenas e independentes e das farmácias das zonas rurais estaria ameaçada, dado que não ocorreram alterações na forma de remuneração das farmácias continuando estas a depender das margens de lucro na comercialização dos medicamentos que, devido ao aumento da concorrência, iriam diminuir ao longo da década. Como consequência, o número total de farmácias tenderia a diminuir ao longo da década, sobretudo pelo fecho de farmácias localizadas em pequenas localidades (Fig.20). A diminuição do número de farmácias não teria efeito na acessibilidade ao medicamento pois as farmácias *online* teriam cobertura nacional. Mas as farmácias que sobrevivessem teriam tendência a ser maiores, com equipas constituídas maioritariamente por técnicos e, no máximo, dois farmacêuticos que assumiriam a direcção técnica. A concorrência entre farmácias leva o preço dos medicamentos a descer, dada a possibilidade de efectuar descontos, favorecendo simultaneamente os utentes e o Estado, cumprindo o objectivo de gastar menos dinheiro com medicamentos.

Figura 20 - Evolução no número de farmácias no cenário I



A presença de um farmacêutico comunitário nas farmácias seria obrigatória mas o trabalho de aconselhamento e dispensa iria ser realizado sobretudo por técnicos de farmácia, ficando apenas reservado ao farmacêutico aspectos de controlo e garantia de qualidade da dispensa, isto é, o papel de director-técnico. O número de farmacêuticos por farmácia iria diminuir (Fig.21), e aumentar o número de técnicos e auxiliares (Fig.22), devido à necessidade de conter custos.

Figura 21 - Evolução no número de farmacêuticos por farmácia no cenário I

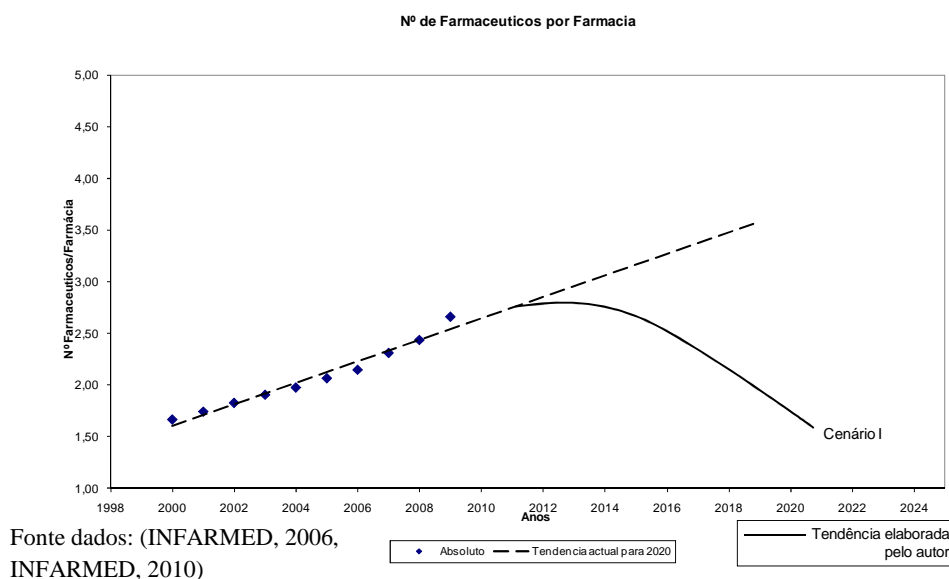
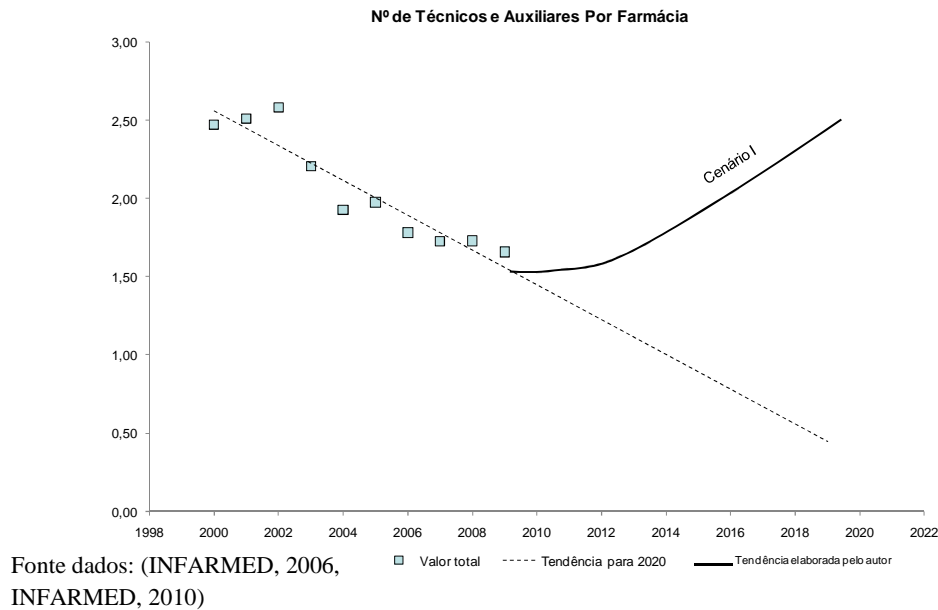
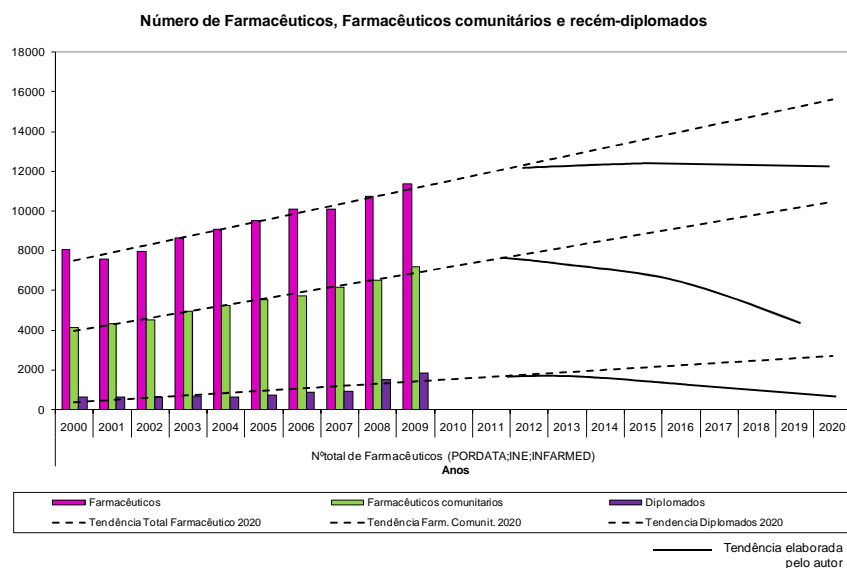


Figura 22 - Evolução no número técnicos e auxiliares de farmácia no cenário I



Com o farmacêutico a ver desvalorizada a sua posição social, remuneração e com o trabalho de aconselhamento e dispensa a ser realizado por técnicos de farmácia, os farmacêuticos recém-diplomados deixariam de seguir esta via profissional porque deixaria de ser atractivo. As remunerações tenderiam a ser mais baixas e o facto de não exercer a fundo a sua função clínica tornaria a opção por farmácia comunitária pouco aliciante. Esta situação teria reflexos no número de farmacêuticos e na procura dos cursos de ciências farmacêuticas (Fig.23).

Figura 23 - Evolução no número de farmacêuticos, farmacêuticos comunitários e recém-diplomados no cenário I



4.4.2. Cenário II – “e-Pharmacist”

Neste cenário, considera-se que as alterações legislativas tendem a ser ainda mais profundas com o ambiente mais liberalizado, por pressão das instituições europeias e dos mercados e pela necessidade premente de conter custos com os medicamentos, a reflectir-se não só na instalação e propriedade de farmácias mas também numa reforma do SNS, sendo agora um sistema repartido em diferentes subsistemas dependente da utilização de seguros, tanto público como privados. Essa alteração permite a entrada de prestadores privados que operam num mercado mais aberto, onde a prestação de serviços por todos os profissionais de saúde é convenientemente remunerada pelas diferentes entidades financiadoras. Os farmacêuticos comunitários estariam entre os profissionais mais requisitados pelos diferentes subsistemas, pois a mais-valia dos serviços farmacêuticos diferenciados teria sido demonstrada, não só a nível dos ganhos em qualidade de vida, mas também a nível da poupança de recursos económicos com medicamentos e outras tecnologias de saúde. O desenvolvimento de mais serviços diferenciados foi assim incentivado, com o auxílio de novas tecnologias de comunicação, tornando-se o farmacêutico reconhecido por todos como um profissional de saúde essencial à boa gestão da saúde.

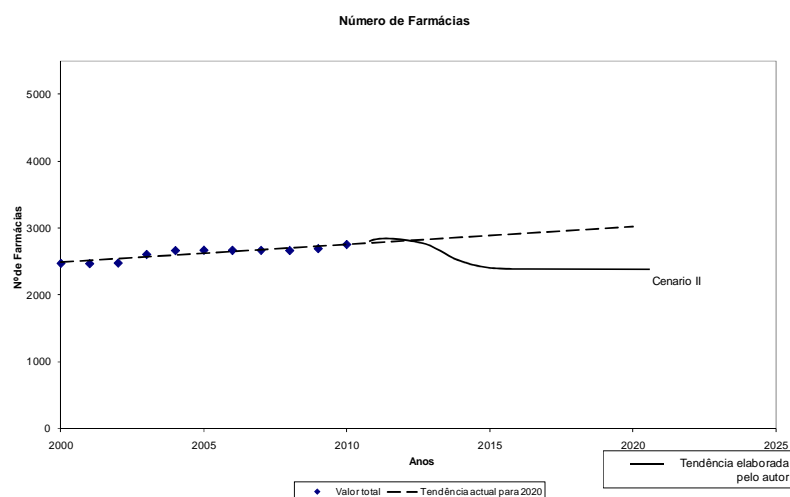
Com o Estado e as diferentes entidades financiadoras a remunerar os serviços de forma conveniente, o farmacêutico veria valorizada a sua prestação profissional, podendo até exercer fora da farmácia pois teria condições para fazer uma gestão integrada dos doentes sem estar dependente da fonte de receitas que são os medicamentos. No entanto, muitos farmacêuticos comunitários continuariam a exercer dentro do espaço da farmácia, dependendo a diversidade dos serviços existentes da política de desenvolvimento e prestação dos respectivos proprietários.

Também neste cenário tenderão a existir farmácias na Internet e a possibilidade da dispensa de medicamentos ocorrer à distância, sob a responsabilidade de um farmacêutico ou de outro profissional de saúde. A inovação de serviços levou à entrada das novas tecnologias em força no mercado dos cuidados de saúde. Os farmacêuticos continuarão na linha da frente e agora gerem um espaço virtual, o gabinete electrónico, onde é possível a interacção com o médico e o utente, o acesso à informação do registo do doente, onde se faz a gestão da doença e da terapêutica. O farmacêutico seria o responsável por manter este gabinete a funcionar, sendo responsável pela informação de

saúde publicada nesse gabinete e por estabelecer a comunicação entre o utente e o médico, sendo este agora um hábito corrente. Também foi já implementado um sistema que permite ao farmacêutico fazer a gestão da doença à distância, recolhendo a informação necessária (parâmetros bioquímicos, efeitos adversos e adesão à terapêutica) sem o doente se ter de deslocar à farmácia, sendo de grande utilidade para os doentes com mobilidade reduzida, ou para os que vivem em zonas rurais e para aqueles que não gostam/precisem de ir à farmácia.

A necessidade de farmácias comunitárias tenderia a diminuir. O número de farmácias, após um ligeiro aumento inicial, poderá sofrer um decréscimo (Fig.24), por dificuldades económicas das farmácias mais pequenas e das farmácias que não conseguirem adoptar esta nova filosofia de prática.

Figura 24 - Evolução no número de farmácias no cenário II



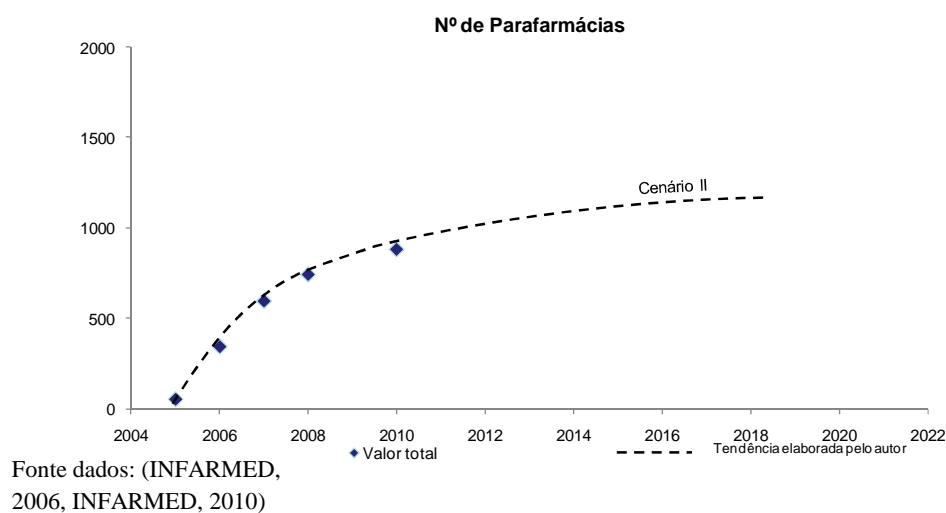
Fonte dados: (INFARMED, 2006, INFARMED, 2010)

A maior parte da dispensa de medicamentos poderá ser feita ao domicílio, assegurando um melhor nível de acessibilidade do que o actual. As cadeias de farmácias organizaram o processo de dispensa de forma que esta seja feita centralizadamente a partir dos armazéns de cada uma dessas cadeias. As farmácias comunitárias manteriam *stocks* de medicamentos, mas mais pequenos, para fazer face à necessidade que alguns utentes ainda terão de um acompanhamento mais personalizado, e reduzindo assim os custos operacionais. As equipas das farmácias seriam constituídas por farmacêuticos, cuja principal intervenção seria a gestão da terapêutica, os cuidados farmacêuticos e a

gestão do gabinete virtual dessa farmácia, e técnicos de farmácia que se ocupariam da dispensa auxiliados por equipamentos automáticos.

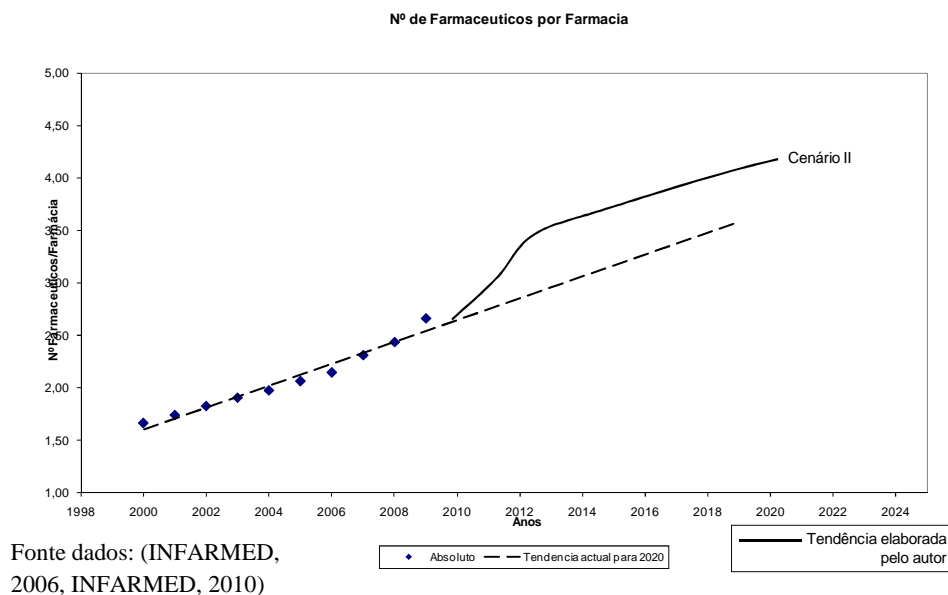
O número de parafarmácias (Fig.25) continuaria a aumentar, devido à possibilidade da remuneração por serviços se tornar num incentivo à abertura destes estabelecimentos.

Figura 25 - Evolução no número de parafarmácias no cenário II



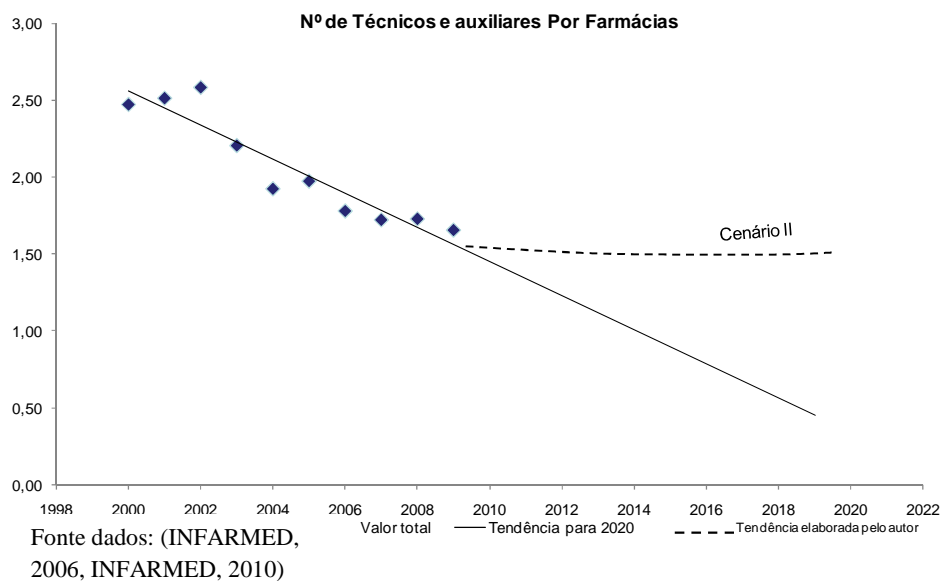
Apesar da diminuição do número de farmácias, a necessidade de prestar serviços farmacêuticos diferenciados levaria a que as farmácias recrutassem mais farmacêuticos para os prestarem. Iríamos assistir inicialmente a uma maior procura de farmacêuticos comunitários para as farmácias (Fig.26), com formação adequada à prestação de serviços.

Figura 26 - Evolução no número de farmacêuticos por farmácia no cenário II



O número de outros profissionais estabilizaria (Fig.27), sendo que a sua principal actividade seria a dispensa de medicamentos, assistida pelas novas tecnologias de robotização e informação, de forma a deixar mais tempo livre para o farmacêutico.

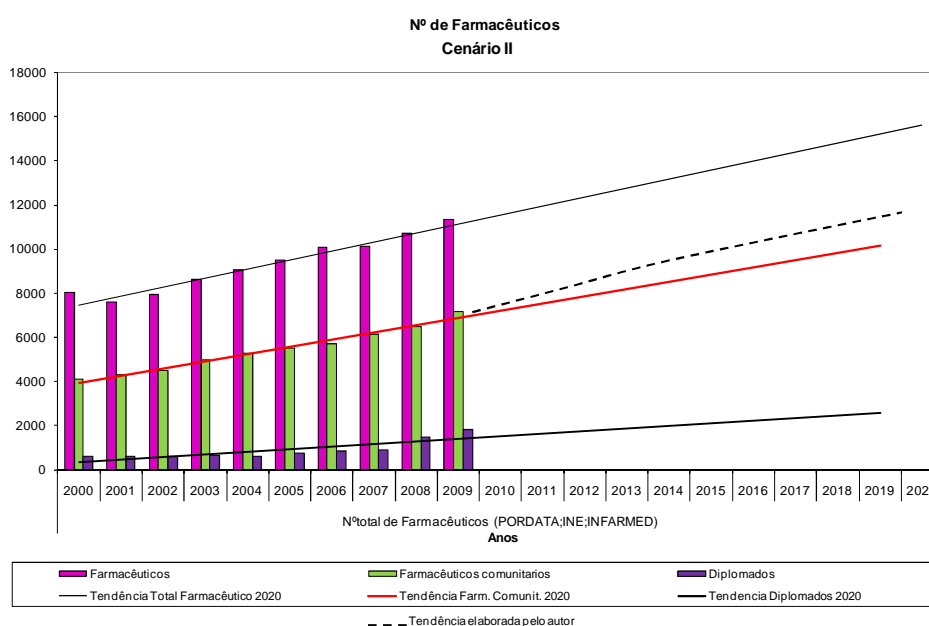
Figura 27 - Evolução no número técnicos e auxiliares de farmácia no cenário II



No entanto, com a possibilidade de o farmacêutico ser remunerado sem necessitar de vender medicamentos, haveria muitos profissionais que optariam por exercer de forma independente.

O ambiente seria mais favorável para o desenvolvimento profissional dos farmacêuticos comunitários. É natural que com as novas responsabilidades e possibilidades de participação no sistema de saúde, o farmacêutico comunitário se torne numa profissão com muita procura (Fig.28) reflectindo-se no número de diplomados que iriam optar por esta via profissional.

Figura 28 - Evolução no número de farmacêuticos, farmacêuticos comunitários e recém-diplomados no cenário II



Desenvolvendo-se os Cuidados de Saúde Primários (CSP) numa lógica financeira e de serviços, a necessidade de conter custos com os medicamentos pode impulsionar a necessidade de integrar este novo farmacêutico nos CSP. Este farmacêutico poderá fazer parte da equipa do centro de saúde, de uma farmácia da zona, ou ser um profissional independente, mas estaria em interligação com os outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, com os quais partilharia responsabilidades idênticas na gestão da doença.

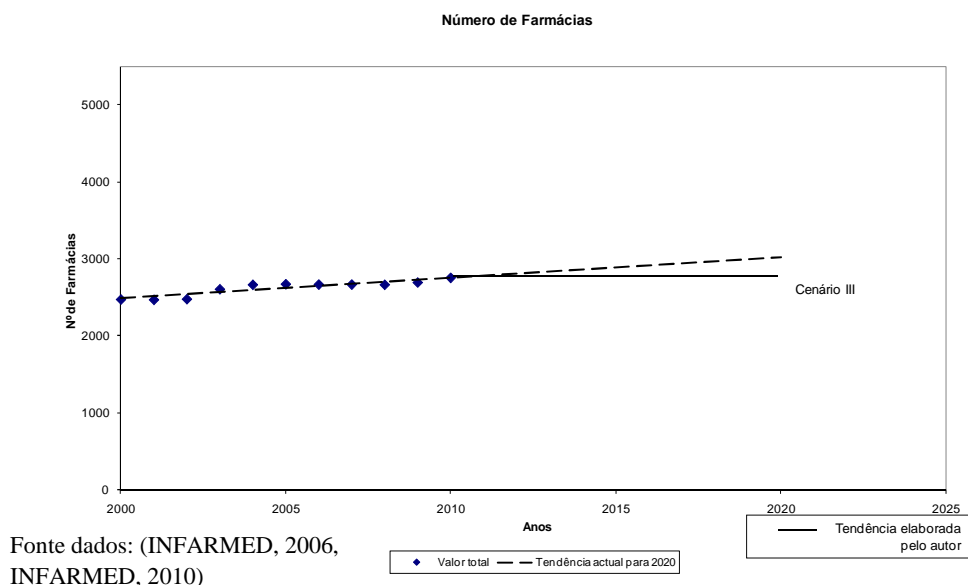
4.4.3. Cenário III – “Reorganize or die”

Neste cenário considera-se que o ambiente legislativo mantém-se pouco alterado não existindo alterações na lei da propriedade de farmácia, na forma de financiamento do SNS nem na forma de remuneração das farmácias. Assim, as farmácias teriam que procurar outras fontes de financiamento para sobreviverem e manterem lucros, ou constituir agrupamentos de farmácias para tentar diminuir custos. O desenvolvimento de serviços acontecerá alimentado pela necessidade das farmácias se diferenciarem umas das outras de modo a aumentarem a procura dos seus serviços e produtos, para assim fazerem face à redução das margens. Nem todas as farmácias evoluirão no mesmo sentido, dependendo muito da vontade dos proprietários em continuar independentes ou juntarem-se a grupos já existentes. É possível que surjam *franchises* para farmácias

As farmácias iriam desenvolver os actuais serviços farmacêuticos, dando grande ênfase à inovação e à introdução de algumas soluções tecnológicas. Iriam recorrer a outros profissionais para serviços que não sejam do âmbito do farmacêutico como por exemplo, nutricionistas para consultas de nutrição, enfermeiros para tratamentos mais específicos (pé diabético, pensos, etc.) e outros profissionais (psicólogos, podologistas, medicinas alternativas, etc.). Seriam estabelecidas parcerias com estes profissionais, tanto pelas farmácias independentes como pelas farmácias dos agrupamentos, dependendo o *mix* de serviços da política que o proprietário quer para o seu espaço.

O número de farmácias tenderia a estabilizar (Fig.29) pois a abertura de farmácias iria continuar condicionada a concurso público com os critérios agora em vigor. No entanto é possível que mais farmácias abrissem, sobretudo em zonas de maior densidade populacional. Essas aberturas seriam anuladas pelo possível encerramento de farmácias que se encontrem em zonas abrangidas pelas ULS, dada a possível integração dos serviços farmacêuticos hospitalares com os serviços farmacêuticos comunitários. Esta situação levaria à redução das margens de rentabilidade destas farmácias, o mesmo acontecendo às farmácias que não fossem capaz de inovar.

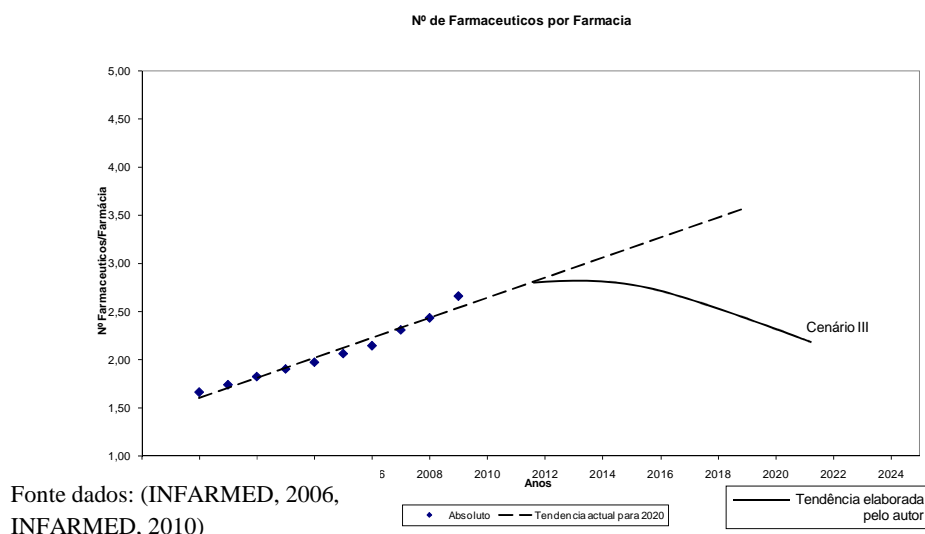
Figura 29 - Evolução no número de farmácias no cenário III



A maioria das farmácias terá sítios na Internet mas como não houve alteração da legislação nem introdução da TEP, a venda de medicamentos sujeitos a receita médica é feita por cada farmácia individualmente após o envio pelo utente da prescrição médica, sendo um serviço pouco requisitado. Os sítios ficariam mais vocacionados para a comunicação com o utente e venda de MSNRM e outros produtos de saúde e bem-estar. Os farmacêuticos seriam responsáveis pela produção de conteúdos para esses sítios, adaptados à realidade de cada farmácia.

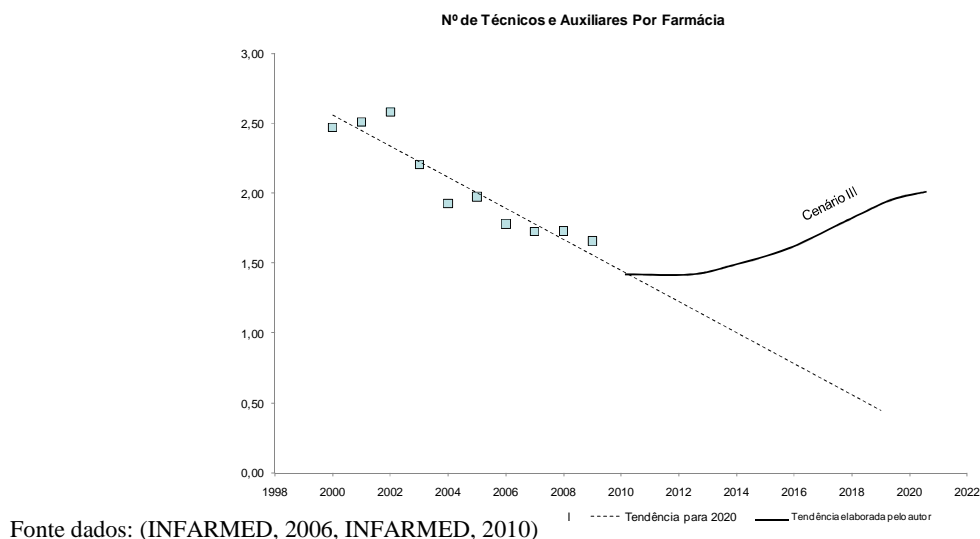
Não iriam ser necessários muitos farmacêuticos por farmácia, pelo que neste cenário ocorreria uma diminuição de farmacêuticos por farmácia (Fig.30) sobretudo devido aos constrangimentos económicos.

Figura 30 - Evolução no número de farmacêuticos por farmácia no cenário III



O número de técnicos nas farmácias tenderia a aumentar ligeiramente (Fig.31), tendo como principal função a dispensa de medicamentos e venda de outros produtos. A única diferença para o farmacêutico é que este ainda seria o único a prestar os serviços farmacêuticos diferenciados (ex: gestão de terapêutica, programas de cuidados farmacêuticos), além da responsabilidade assumida com a gestão da informação no sítio da Internet.

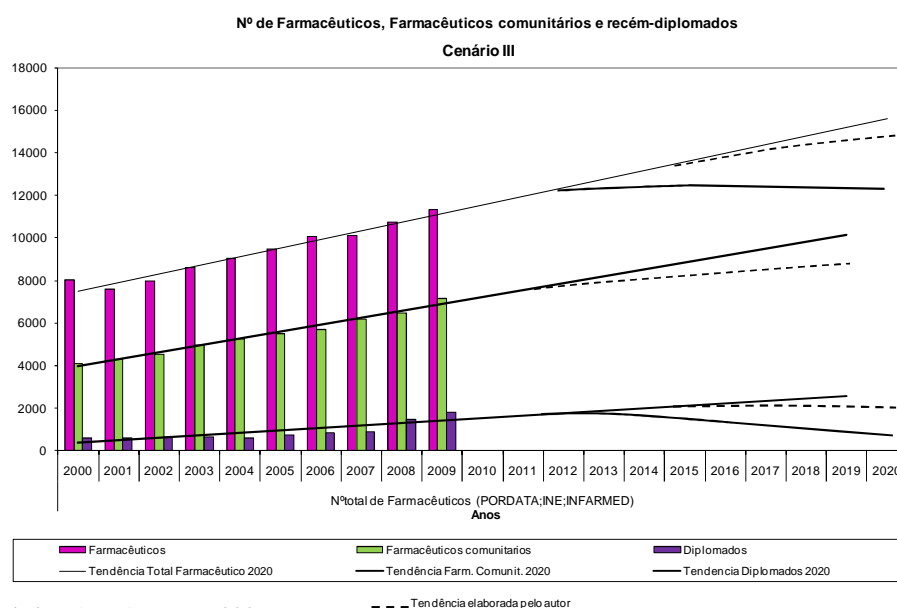
Figura 31 - Evolução no número de técnicos e auxiliares por farmácia no cenário III



Ao farmacêutico caberia igualmente a função de determinar como deverão ser vendidos os produtos e quais os serviços que deverão ser desenvolvidos, com base nas necessidades e procura dos utentes, tendo em atenção que a remuneração dos serviços dependerá da disponibilidade para pagar dos utentes.

A procura do curso de ciências farmacêuticas iria diminuir (Fig.32) em parte devido à menor necessidade de farmacêuticos, e em parte devido à diminuição do apelo pela profissão, pois nem todos os diplomados têm apetência para ser vendedores.

Figura 32 - Evolução no número de farmacêuticos, farmacêuticos comunitários e recém-diplomados no cenário III



Fonte dados: (INFARMED, 2006,
INFARMED, 2010)

Uma outra tendência neste cenário será o aumento a nível nacional de casos de integração dos ACES com hospitais, criando Unidades Locais de Saúde (ULS), com intuito de otimizar a gestão e reduzir custos. Esta situação iria promover uma integração dos serviços farmacêuticos dos hospitais com os comunitários, potenciando mais-valias relativas à compra e distribuição de medicamentos com benefício para o utilizador e para o financiador, mas com impacto a nível das farmácias da região. Seria mais um factor a contribuir para o estrangulamento financeiro das farmácias, mas que abriria mais oportunidades para os farmacêuticos desenvolverem a sua actividade integrados nas ULS, com funções de recolha e divulgação de informação relativa ao uso dos medicamentos prescritos nessas ULS, sendo responsáveis por controlarem os custos das prescrições, podendo também proceder à dispensa de alguns medicamentos. Esta

situação traria a possibilidade de melhorar a relação com os médicos, abrindo portas a outro tipo de colaboração. Os restantes serviços farmacêuticos seriam da responsabilidade dos farmacêuticos comunitários a exercer nas farmácias, pois seriam serviços pagos em exclusivo pelos utentes, não se enquadrando na actividade das ULS.

Assim, neste cenário o farmacêutico assumiria um papel mais comercial. Seria o profissional responsável pela dispensa dos medicamentos mas optimizou essa dispensa e deixou-a para os técnicos. Seria responsável por desenvolver e inovar a prestação de serviços. Dado que muitos desses serviços não seriam da sua responsabilidade, o farmacêutico comunitário (não proprietário) seria apenas mais um profissional dentro de um espaço de saúde, sendo o especialista do medicamento desses espaços. Será natural que o farmacêutico também se especialize na venda de outros produtos (suplementos alimentares, produtos de óptica, produtos de ortopedia, produtos de dermocosmética), necessitando de adquirir mais competências nestas áreas, para assim ver reforçada a sua faceta de vendedor.

4.5. IMPLICAÇÕES DOS CENÁRIOS

A mais-valia da análise de cenários é estimular novas formas de pensar e de debater o futuro. É importante deixar para trás velhos hábitos se realmente a profissão quiser mudar, abordando o futuro com uma mente aberta. Os resultados dos *workshops* de cenarização permitiram-nos construir três cenários diferentes, representando futuros plausíveis, com base nas evidências observadas em diversos estudos nacionais e internacionais. Nenhum deles representará o futuro “real”, mas a antecipação destes cenários permitirá preparar estratégias e estimular a criação de novas formas de prática, numa sociedade em mudança.

Todos os cenários elaborados têm aspectos comuns que se prendem com a evolução das competências dos técnicos de farmácia e com a evolução tecnológica, que levam a que a necessidade de farmacêuticos comunitários para efeitos de aconselhamento e dispensa diminua. De seguida, descrevemos as implicações que estes cenários terão no farmacêutico comunitário a nível de competências e necessidades, caso se viessem a verificar na sua totalidade.

4.5.1. Cenário I – “Pharmacy-Mall”

Neste cenário, a acentuada diminuição da necessidade de farmacêuticos comunitários, as dificuldades económicas e a introdução de farmácias *online* teria como consequência uma diminuição das necessidades de farmacêuticos o que poderia levar a um aumento de farmacêuticos desempregados. Outra consequência do excesso de farmacêuticos, característico neste cenário, será que muitos irão escolher emigrar em busca de melhores oportunidades laborais, melhores condições económicas e melhor satisfação profissional (Dussault & Franceschini, 2006).

Dado que as principais competências para o farmacêutico comunitário neste cenário são relativas à supervisão da dispensa e à gestão de processos na farmácia, estes profissionais teriam de obter mais competências nos aspectos de liderança, da gestão do espaço da farmácia, gestão de colaboradores, aspectos regulamentares e farmacovigilância. Para os farmacêuticos que fossem contratados por farmácias de venda *online* seria indispensável o domínio das novas tecnologias de dispensa e das tecnologias de informação, pelo que também seria necessário reforçar o ensino destas competências. Aspectos relacionados com a prestação de serviços farmacêuticos não seriam tão valorizados como hoje em dia, sendo mais valorizada a capacidade de gestão e liderança. Na perspectiva da formação de novos profissionais seria necessária a adaptação do 2º ciclo de estudos do curso de ciências farmacêuticas com mais componentes de gestão e menos investimento na diferenciação do farmacêutico, pois podem surgir cursos de gestão que concorram com o farmacêutico para a área da gestão dos processos da farmácia, o que poderá limitar ainda mais a acção do farmacêutico comunitário à supervisão dos aspectos técnicos da dispensa de medicamentos. Além disso, com a possível diminuição da necessidade de farmacêuticos comunitários, existe ainda a possibilidade de algumas das instituições que oferecem este curso o deixarem de fazer.

Para os farmacêuticos, o cenário “*Pharmacy-Mall*” é aquele que menos hipótese de desenvolvimento profissional apresenta, além de também representar uma contracção acentuada das necessidades de farmacêuticos comunitários. Além disso, o conflito entre o aconselhamento e os objectivos de negócio, que emergem num cenário onde surgem cadeias de farmácia mais orientadas para o lucro, teria também consequências a nível da satisfação profissional e condições laborais para os farmacêuticos, pois esta está

associada ao tipo de gestão, sendo previsível uma degradação destes parâmetros (Ferguson et al., 2011, Resnik et al., 2000). Estas consequências são sustentadas pelas evidências encontradas quando se analisam mercados onde a instalação e propriedade de farmácias foi liberalizada (Lluch & Kanavos, 2010, Morgall & Almarsdottir, 1999). A desregulamentação do sector poderia, em teoria, proporcionar mais oportunidades para estes profissionais. É possível que isso se verificasse numa primeira fase mas, como nos mostra a experiência de liberalização noutros países, a longo prazo o número de farmácias diminui, diminuindo os postos de trabalho (Lluch & Kanavos, 2010).

Para os actuais proprietários de farmácia este cenário não seria muito favorável. No entanto, estando no papel de proprietários poderiam tomar decisões que lhe permitissem enfrentar este cenário com outra confiança. Mas muito provavelmente, com o crescente número de farmacêuticos não proprietários, este cenário pode trazer conflitos entre os proprietários e os farmacêuticos não proprietários, tal como verificado em outros países com abertura liberalizada (Morgall & Almarsdottir, 1999).

Para os utentes, o maior benefício deste cenário é a maior equidade vertical, com os preços dos medicamentos a diminuírem devido à maior competição. No entanto, existe a possibilidade de a acessibilidade ao medicamento ser prejudicada, sobretudo nos meios rurais (Lluch & Kanavos, 2010). A satisfação com os serviços da farmácia, que neste cenário será apenas a dispensa de medicamentos e produtos de saúde e bem-estar, não seria afectada pelo menor número de farmacêuticos nas farmácias pois o desempenho de farmacêuticos comunitários e técnicos de farmácia, do ponto de vista do utente, já não apresenta diferenças (Cavaco & Bates, 2007).

Para o Sistema de Saúde, este cenário poderá trazer poupanças a nível dos gastos com medicamentos, tal como observado nos países com um modelo semelhante, tendo no entanto consequências a nível da acessibilidade, sobretudo nas zonas rurais. Acautelando este pormenor, este é um cenário favorável para este *stakeholder*.

4.5.2. Cenário II – “e-Pharmacist”

Neste cenário, o farmacêutico comunitário, para lá de supervisionar dispensa dos medicamentos, seria um prestador de serviços farmacêuticos diferenciados, inovadores e remunerados independentemente do local onde serão praticados (dentro ou fora das farmácias), acentuando a sua faceta de prestador de serviços em detrimento do acto de

dispensa de medicamentos. Haveria maior necessidade destes profissionais, que poderiam exercer de forma independente.

O desenvolvimento deste papel traria a necessidade de adquirir novas competências. Para tal, além dos aspectos técnicos relacionados com o uso de medicamentos, o farmacêutico comunitário teria de dominar também outros aspectos relacionados com a prestação de serviços nomeadamente, uma forte formação em farmacoterapia, farmácia clínica e em gestão de programas de cuidados farmacêuticos. Teria de ser um utilizador avançado de tecnologias de informação como a Web 2.0, utilizada para auxiliar a prestação dos serviços e a comunicação com os utentes e com os outros profissionais de saúde envolvidos na gestão doença. Também seria fundamental promover uma maior cultura de trabalho em equipa entre o farmacêutico e os restantes profissionais saúde, para que o farmacêutico comunitário pudesse ser parte integrante dos cuidados de saúde primários. Haveria que promover uma maior ligação com o médico de família e apoiá-lo na gestão do medicamento e da doença.

No cenário “*e-Pharmacist*”, as questões de empregabilidade que surgem com a liberalização da propriedade de farmácia serão compensadas pela possibilidade de o farmacêutico poder exercer de forma independente, com a remuneração assegurada pelos serviços farmacêuticos. Para os proprietários este não seria um cenário favorável pois a competição pelos melhores profissionais era agora alargada a outros prestadores de cuidados o que faria aumentar a remuneração mensal dos farmacêuticos, agravando os custos operacionais das farmácias.

Para lá de haver maior necessidade de farmacêuticos comunitários, na dimensão da satisfação profissional, uma prestação de serviços mais diferenciada (programa de substituição de metadona, programas de gestão de doença) pode aumentar a satisfação profissional dos farmacêuticos comunitários, tal como parece indiciar o estudo de Costa et al. (2006b), devido ao facto de lhes estar reservado a prestação de serviços no espaço da farmácia.

Para os utentes, este cenário traz uma nova de ligação ao sistema de saúde. A gestão da doença e da terapêutica, com esta a poder ser gerida à distância, implica diminuição dos custos associados à gestão da doença e aos deslocamentos aos serviços de saúde. A conveniência da proximidade dos farmacêuticos é um dos factores que

actualmente influi na satisfação com os serviços farmacêuticos (Guerreiro et al., 2010), sendo provável que a melhoria da acessibilidade, característica deste cenário, venha a aumentar ainda mais a satisfação com esses serviços.

Para os sistemas de saúde, a integração dos farmacêuticos na rede de cuidados de saúde primários iria fazer entrar os custos dos cuidados farmacêuticos no orçamento. Mas a diversidade de financiadores característica deste cenário, iria reconhecer os ganhos em saúde e eficiência desta nova forma de actuação, sendo os custos com os cuidados farmacêuticos compensados com reduções em outros custos relevantes para o financiador dos cuidados de saúde. Além disso, um compromisso entre a contenção de custos com os medicamentos e a qualidade é possível, e estes novos serviços em muito podem contribuir para a qualidade dos cuidados de saúde (Berenguer et al., 2004).

4.5.3. Cenário III – “Reorganize or die”

Neste cenário, o facto de se dar mais valor à faceta de vendedor em detrimento da de cuidador, poderá levar a uma diminuição do apelo da profissão para os jovens recém-diplomados. O farmacêutico comunitário teria de dividir a sua atenção e tempo por várias vertentes de actividade. Teria de dedicar mais tempo à vertente comercial, podendo delegar as tarefas de gestão a outros profissionais com formação específica na área, e especializar-se na venda de novos produtos. O farmacêutico faria parte de uma equipa cuja preocupação principal seria vender o maior número de produtos e serviços, para assim aumentar a rentabilidade da farmácia. Simultaneamente, terá de cuidar dos aspectos relacionados com os serviços farmacêuticos, procurando desenvolve-los, continuando a assumir a direcção técnica e a responsabilidade pela dispensa de medicamentos. Num ambiente em que a eficiência tem de ser máxima, situações como stress relacionado com o trabalho e “*burn-out*” podem começar a ocorrer entre os farmacêuticos, podendo-os levar a abandonar a profissão (Resnik et al., 2000)

Mais do que a competência técnica, será a relação com o cliente que terá um maior peso neste cenário, pois a remuneração dos serviços é assegurada em exclusivo pelos utentes, pelo que o marketing de serviços assumirá um papel preponderante para se aumentar a procura. Terá de ser dedicada grande atenção a aspectos relacionados com a venda de produtos de saúde e com aspectos relacionados com a qualidade da dispensa dos medicamentos. Seria dada grande relevância a técnicas de venda ou marketing de

produtos, técnicas comunicacionais e comportamentais, com o intuito de aumentar a fidelização de clientes.

As farmácias podem decidir maximizar as vendas enquanto minimizam os custos com recursos humanos, contratando menos empregados e menos farmacêuticos, por estes terem custos mais elevados. É muito provável que a qualidade do aconselhamento venha a sofrer, mesmo quando a quantidade deste venha a aumentar (Resnik et al., 2000). Neste cenário, apenas as farmácias próximas das ULS e as que tivessem maior dificuldade em inovar teriam problemas para subsistir. A concorrência pelo preço dos MNSRM e a possibilidade de estes poderem ser adquiridos fora das farmácias, levaria a que as farmácias pequenas não integradas em nenhuma cadeia ou agrupamento vejam a sua sobrevivência ameaçada, sendo provável que o número destas diminua (Anderson, 2002).

Para os utentes, este cenário não é muito vantajoso, pois começariam a ser mais encarados como consumidores de produtos e serviços em detrimento de serem encarados como utentes de um serviço de saúde. Nem todos poderiam ter acesso aos serviços farmacêuticos pois continuariam a depender da localização da farmácia mais próxima, da política adoptada pelos proprietários e da capacidade individual para pagar pelos serviços farmacêuticos propostos em cada farmácia.

Para o sistema de saúde, a não integração deste Farmacêutico Comunitário na rede de CSP evitaria que os ganhos de eficiência associados aos cuidados farmacêuticos fossem muito elevados. O facto do financiamento destes serviços ser da exclusiva responsabilidade do utente leva a que a equidade do sistema como um todo saia prejudicada. Nem todas as pessoas que realmente necessitariam destes serviços teriam disponibilidade financeira para os adquirir. O facto de haver mais farmacêuticos disponíveis pode levar o sistema a integrá-los em serviços de saúde associados às ULS mas com funções distintas dos farmacêuticos comunitários, tendo sobretudo funções de controlo de prescrições, definição de *guidelines* terapêuticas em cada ULS e disponibilização de informação junto dos restantes profissionais de saúde, para obter poupanças económicas no uso dos medicamentos e melhorar a eficiência do sistema de saúde.

4.6. ESTRATÉGIAS PARA O FUTURO

Na tabela 4 resumimos as principais características e implicações dos nossos cenários, de forma a realçar os aspectos mais importantes a ter em consideração para a elaboração de possíveis estratégias.

Tabela 4 - Resumo das principais características e implicações dos cenários elaborados

	Cenário I “Pharmacy-Mall”	Cenário II “e-Pharmacist”	Cenário III “Reorganize or die”
Necessidade de Farmacêuticos comunitários	Diminui	Aumenta	Diminui
Principais funções	Supervisão	Prestador de cuidados	Vendedor/Inovador
Competências a adquirir/melhorar	Liderança Gestão de farmácia e de recursos humanos Aspectos regulamentares Farmacovigilância Tecnologias de Informação	Reforçar competências de Farmacoterapia e Farmácia Clínica Tecnologias de Informação Avançadas (Web 2.0) Aptidões para trabalho em equipa	Gestão de Clientes Marketing de produtos e serviços Técnicas comportamentais e comunicacionais
Integração dos farmacêuticos comunitários nos CSP	Não	Equipa multidisciplinar nas USF Policlínicas	Nas ULS, com competências distintas dos farmacêuticos a exercer nas farmácias

Da análise destes cenários, podemos deduzir que no futuro, só haverá necessidade de farmacêuticos comunitários se estes adoptarem a prática de serviços farmacêuticos como o seu principal papel. Como a dispensa de medicamentos é também um serviço farmacêutico, esta é responsabilidade do farmacêutico em todos os cenários. Isto significa que, para o farmacêutico comunitário será essencial dominar todos os aspectos relacionados com os medicamentos, desde o seu desenvolvimento até às consequências da sua aplicação. Para que seja mais eficiente nesta função, o farmacêutico comunitário terá igualmente de adquirir outras capacidades e competências. Terá de reforçar a sua qualificação em termos de farmacoterapia e de farmácia clínica. Para os profissionais que queiram adoptar esta prática essa é uma competência imprescindível. Algumas das competências a adquirir relacionam-se mais com os aspectos comerciais da prática de farmácia comunitária. No entanto, as competências comunicacionais e

comportamentais, bem como o reforço de aspectos relacionados com a farmacovigilância e monitorização de terapêutica, também deverão ser reforçados com vista a melhorar a eficiência do sistema de saúde e a qualidade dos serviços prestados. Para a integração no sistema de saúde como um membro da equipa de gestão de doença, podemos inferir que se o farmacêutico se dedicar apenas à supervisão do processo de dispensa, não se poderá considerar um membro efectivo dessa equipa. Quando o farmacêutico adopta a prática clínica, surgem maiores possibilidades de se integrar nessa equipa e ser respeitado como profissional de saúde.

Com estes cenários fica claro que o movimento iniciado nos anos 90 está a modificar o papel do farmacêutico comunitário. Este período de 20 anos pode-se descrever como um período de aceitação na nova prática. Contudo, estas alterações implicam discussão em torno do papel que os farmacêuticos terão na implementação dessas novas práticas.

Para alimentar essas discussões, já diversos exercícios de cenarização foram realizados. Em 1992, Knapp (1992) propôs dois cenários: num deles o farmacêutico está mais envolvido com o retalho de medicamentos do que com os cuidados de saúde e noutro o futuro do farmacêutico é tornar-se uma pedra vital de um sistema saúde integrado e centrado no doente. Para Knapp, a diferença entre cada um era o grau de envolvimento dos farmacêuticos para conseguir essa mudança, sendo que o primeiro será verdade se não se fizer nada. No trabalho efectuado por Leufkens et al., em 1997, na sequência de *workshops* de cenarização realizados nos congressos da Sociedade Europeia de Farmácia Clínica (ESCP) de 1995 e 1996, foram construídos 3 cenários para o futuro da farmácia clínica. Nestes cenários, descrevem-se alguns dos desafios para o farmacêutico clínico que hoje o farmacêutico comunitário enfrenta, nomeadamente, a orientação para o doente em vez do medicamento e a autonomia em relação ao médico. Já em 2001, Nørgaard et al., elaboraram 5 cenários para os farmacêuticos comunitários dinamarqueses. Neste trabalho, põe-se em evidência que as necessidades de farmacêuticos comunitários e o desenvolvimento do seu papel no futuro estão intrinsecamente ligadas à necessidade de aconselhamento e de prestação de serviços e cuidados farmacêuticos. Em alguns destes cenários realça-se que existe a possibilidade do farmacêutico deixar de ter um papel relevante, sobretudo num cenário

de elevado uso de tecnologia e de falta de consenso entre os proprietários sobre a prestação de serviços farmacêuticos devido a dificuldades económicas.

Apesar do método utilizado por Nørgaard et al., (2001) diferir ligeiramente do método por nós utilizado, os nossos cenários finais apresentam, em traços gerais, muitas semelhanças com os de Nørgaard et al., (2001). Além disso, os cenários de Nørgaard et al., já encerram em si semelhanças com outros cenários, elaborados prévia ou posteriormente por outros autores (Berenguer et al., 2004). Esta evidência demonstra que existe a percepção da necessidade de mudar desde o início dos anos 90, e que os Farmacêuticos Comunitários procuram o melhor caminho e as melhores estratégias para que a mudança na realidade se efectue. Este período de 20 anos poderá ser apenas o início da mudança. O que poderá potenciar essa aceleração parece depender não só da vontade política mas também da vontade dos próprios profissionais. O que impede então este movimento de uma profissão “química” para uma profissão “clínica” é a questão que já começa a ser colocada (Fernandez-Llimos, 2011).

Apesar de no imediato não ser crível que a profissão esteja ameaçada, parece haver consenso, tanto nacional como internacionalmente, que para o Farmacêutico comunitário continuar a justificar a sua existência, terá de encontrar um novo papel no futuro, muito provavelmente ligado à prestação de serviços e aos cuidados farmacêuticos (Benrimoj, 2011). Outros autores apontam no entanto, a falta de consenso dentro da profissão, como um dos principais factores impeditivos para a mudança de prática desejada por muitos (van Mil et al., 2004a, Zellmer, 2010).

A discussão envolve todos os farmacêuticos, desde as faculdades até às farmácias. Se no momento actual, os farmacêuticos comunitários que já exercem a sua actividade terão um papel importante com as suas atitudes e com a realização de mais investigação em contexto de prática, para o futuro a preparação curricular é a que assume importância maior. Isto leva a um debate entre as duas correntes a nível académico, que ainda decorre (Almeida, 2011, Benrimoj, 2011).

No contexto da prática, este movimento parece inevitável. Num estudo que se encontra a decorrer, Manfrin et al., (2011) encontram evidências de que mesmo com as dificuldades em difundir este tipo de prática, os farmacêuticos já foram implementando mais de 100 serviços diferentes em toda a Europa, indicando um claro movimento para

a vocação clínica do papel do novo farmacêutico. A prestação destes serviços está associada a uma maior monitorização de reacções adversas a medicamentos e da adesão à terapêutica. Espera-se que com a continuação do estudo, evidências quanto ao valor que esta prestação de serviços gera para os diferentes sistemas possam surgir. Aparentemente, a procura no mercado existe e parece ser o motor da difusão dos serviços.

Como interlocutores da profissão junto dos *policy-makers*, as organizações representativas da liderança do sector terão um papel fundamental, elaborando estratégias que vão de encontro ao movimento desejado pelos profissionais (Tsuyuki & Schindel, 2008). Seria importante que os líderes e as associações mais representativas do sector ou outros grupos que possam surgir, que tentam moldar o futuro da farmácia comunitária e do farmacêutico, analisassem como os potenciais utilizadores dos serviços e das inovações se irão colocar perante elas (Zellmer, 2010). Além de táticas para influenciar a prática de todos os profissionais, especial atenção deve ser dada ao *marketing* destas inovações, utilizando técnicas de *marketing* social⁶ para difundir e publicitar este novo conceito, para que exista procura no mercado. É necessária uma liderança forte que assegure a uniformidade de desenvolvimento e difusão desta nova prática, contribuindo assim para a equidade do sistema de saúde. Mas sobretudo, é importante que estes líderes baseiem as suas estratégias em evidências do mercado português. É necessário aumentar o conhecimento para que estratégias mais sólidas possam ser apresentadas aos *policy-makers* e para isso, outras organizações, sobretudo as ligadas à investigação e ao ensino da profissão, poderão vir a ter um papel mais relevante (Roberts et al., 2005).

As faculdades e outras instituições, além de contribuírem para o desenho dessas estratégias também terão a responsabilidade de dar formação a estes novos profissionais. Para que a visão do movimento para uma prática centrada no doente se torne possível é essencial orientar os currículos dos cursos para a prática clínica (Benrimoj, 2011, Fernandez-Llimos, 2011), havendo no entanto a necessidade de

⁶ *Marketing Social* é descrito por Grier & Bryant (GRIER, S. & BRYANT, C. A. 2005. Social marketing in public health. *Annu Rev Public Health*, 26, 319-39.) como o uso de técnicas de *marketing* para desenhar e implementar programas que promovam mudanças comportamentais que apresentem benefícios para a sociedade.

equilibrar os conteúdos clínicos e os conteúdos relacionados com os aspectos tecnológicos do medicamento, de forma que o Farmacêutico conheça o melhor possível as novas terapêuticas com que terá de lidar para continuar a ser o especialista do medicamento, único papel que justifica a sua existência.

A inclusão do farmacêutico comunitário na equipa de saúde depende da aceitação dos outros profissionais de saúde envolvidos, sobretudo dos médicos de família. É claro que a evolução de competências dos enfermeiros, tomando por vezes o lugar que o farmacêutico ocuparia na equipa de saúde, é uma ameaça que deve ser tida em conta. Se o farmacêutico quiser ser realmente o responsável pela gestão da doença e terapêutica terá também de adquirir novas competências, sem no entanto se sobrepor às competências dos enfermeiros. Será necessário um maior diálogo entre as duas profissões e provavelmente uma maior partilha de conhecimentos desde a faculdade, aproveitando a sinergia entre enfermeiros, farmacêuticos e farmácias na prestação de serviços de saúde à comunidade.

A relação com os médicos surge frequentemente como uma barreira à mudança de práticas. Se o farmacêutico como prestador de cuidados vai detectar sistematicamente problemas relacionados com medicamentos, necessitará de alguma forma de intervenção que poderá gerar conflitos com o médico. A relação com os médicos terá de ser revista e melhorada (van Mil et al., 2004b). Para melhorar esta relação, Gallagher (2010) sugere que se devem concentrar esforços na mudança estratégica de práticas, acordadas entre as duas profissões, assim como em aspectos educativos relacionados com os cuidados farmacêuticos.

Focando o seu trabalho nos facilitadores para a mudança na relação inter-profissional entre médico e farmacêutico comunitário em Portugal, Paulino et al., (2010) descrevem barreiras para essa mudança, como a percepção do papel do farmacêutico como profissional de saúde e comerciante, a percepção de quais os benefícios para os farmacêuticos e a sobreposição de funções no cuidado ao doente. Para as ultrapassar, identificam como facilitadores aumentar o conhecimento sobre o novo papel do farmacêutico e dos seus serviços, o uso de protocolos de colaboração e partilha de informação clínica. Outra evidência que resulta do trabalho de Paulino et al., (2010) é a percepção da necessidade de os novos farmacêuticos comunitários terem de

assumir e partilhar responsabilidades nos cuidados com o doente. A aceitação dessa responsabilidade é fundamental para a prática dos serviços e cuidados farmacêuticos (Wiedenmayer et al., 2006).

A forma como os utentes se irão comportar no futuro é uma incógnita. Sabemos que a prevalência de doenças crónicas irá aumentar, e que estas são as condições de saúde onde a prestação do farmacêutico fora do âmbito da dispensa de medicamentos já demonstrou ser uma mais-valia. O futuro será caracterizado por utentes melhor informados, que recorrerão mais vezes à auto-medicação tendo como fonte de informação principal a Internet. Se o farmacêutico não se adaptar a este novo ambiente, será considerado pelos utentes uma peça dispensável na equipa de saúde. É importante que o Farmacêutico Comunitário tente alterar a sua imagem de vendedor de produtos de saúde diversos, se quiser ser considerado um profissional de saúde e assim ganhar definitivamente a confiança dos utentes e tornar-se indispensável na equipa que faz a gestão da terapêutica e da doença.

É questionável se os farmacêuticos comunitários serão capazes de se adaptar às novas tendências da farmacogenética e se o acesso limitado a esta informação não será um obstáculo para o desenvolvimento de novos papéis para o farmacêutico comunitário nesta área (Clemerson et al., 2006). As novas terapias com base na farmacogenética estão ainda algo distantes, não sendo provável que o papel do farmacêutico comunitário se altere nos tempos mais próximos devido a esta tendência. No entanto, é necessário preparar desde já a nova geração de farmacêuticos com as competências adequadas para enfrentar esta realidade no futuro. Já a evolução das tecnologias de informação poderá ter um impacto mais acentuado. É provável que a introdução destas tecnologias enfrente algumas resistências, sobretudo pelos profissionais mais antigos. Mas a mais-valia que apresentam em termos de relacionamento com o sistema de saúde, médicos e utentes, leva-nos a crer que esta área pode ser muito importante para o farmacêutico comunitário do futuro, quer como utilizador destas tecnologias quer ajudando ao seu desenvolvimento. A utilização de soluções tecnológicas para o processo de dispensa de medicamentos irá aliviar ainda mais o farmacêutico para que possa assumir totalmente outras funções.

O actual ambiente económico em Portugal irá trazer alterações ao mercado de saúde, fruto das medidas previstas no Memorando de Entendimento efectuado junto do Banco Central Europeu e Fundo Monetário Internacional, não se sabendo ainda ao certo qual o impacto que as medidas previstas irão ter. A medida que prevê a implementação de uma taxa única por embalagem de medicamento como forma de remuneração das farmácias parece ser aquela que maior impacto terá, não só na situação financeira das farmácias mas também como motor da inclusão de mais medicamentos na situação de MNSRM.

Na sequência da identificação das diversas barreiras que limitam a mudança de práticas, são identificados facilitadores de mudança, elementos que podem ajudar as farmácias e os farmacêuticos a ultrapassar essas barreiras e a actuarem como agentes indutores da mudança (Gastelurrutia et al., 2009, Roberts et al., 2005). Entre os factores que promovem uma mudança das práticas podemos encontrar a remuneração, comunicação, liderança, apoio externo, delegação de tarefas e educação e formação (Roberts et al., 2005). Interessantemente, Rosenthal et al., (2010) sugerem que, *“estando os factores já identificados, e havendo diversos estudos que abordam formas de os remover, estes factores não serão barreiras mas apenas desculpas”*, deixando em aberto a hipótese de ser o excesso de inércia dentro da profissão uma das barreiras mais difíceis de ultrapassar.

Num estudo qualitativo efectuado em Espanha por Gastelurrutia et al., (2009), são identificados 12 facilitadores divididos em 12 domínios, que podemos consultar na tabela 5. Juntamente com os cenários elaborados neste trabalho, estes facilitadores poderão ser úteis para elaborar as estratégias mais convenientes para que a mudança possa ocorrer em Portugal. Os factores descritos por Gastelurrutia et al (2009) são um bom ponto de partida, pela proximidade cultural que os dois mercados e os farmacêuticos comunitários apresentam, não deixando de ser importante a identificação de quais os facilitadores com mais significado para Portugal.

Tabela 5 - Facilitadores para a mudança de práticas identificados em Espanha

Principais domínios	Facilitadores
Farmacêuticos	<p>Necessidade de maior formação em clínica no nível pré e pós graduado</p> <p>Necessidade de um rumo claro e inequívoco por parte da liderança da profissão para o futuro da prática profissional</p> <p>Necessidade de mudança de atitudes dos farmacêuticos</p>
A Farmácia como Organização	<p>Necessidade de alterar o sistema de remuneração de forma a acomodar os serviços farmacêuticos e a dispensa</p> <p>Necessidade de alterar o espaço das farmácias</p>
A Profissão Farmacêutica	<p>Necessidade de a Ordem dos Farmacêuticos assumir o papel de liderança na implementação dos serviços farmacêuticos</p> <p>Necessidade de reduzir a carga administrativa</p> <p>Necessidade das Universidades em aproximarem a educação e a investigação</p>
Diversos	<p>Necessidade de aumentar a procura dos serviços farmacêuticos</p> <p>Necessidade de melhorar a relação com os médicos</p> <p>Necessidade de aumentar o apoio dos <i>policy-makers</i> no sector da saúde</p> <p>Necessidade de melhorar o marketing destes serviços farmacêuticos junto dos médicos, sociedade e <i>policy-makers</i></p>

Fonte: (Gastelurrutia et al., 2009)

Tendo em conta os factores de mudança, as barreiras e as tendências de evolução já identificadas, Zellmer (2010) imagina possíveis indicadores para que os líderes e estratégias dentro da profissão e sistema de saúde possam monitorizar a situação de implementação dos serviços farmacêuticos, como nova pedra basilar da prática farmacêutica. Com base nestes indicadores, imaginámos um conjunto de indicadores adaptados à realidade portuguesa actual e futura, de modo a acompanhar a evolução do papel do Farmacêutico comunitário em Portugal (tabela 6).

Tabela 6 - Indicadores para acompanhar a evolução da mudança do papel do Farmacêutico Comunitário em Portugal

Principais domínios	Indicadores
Farmacêuticos	<p>Número de profissionais habilitados a prestar serviços farmacêuticos diferenciados</p> <p>Número de farmacêuticos por farmácia</p> <p>Rácio entre vagas em farmácias “tradicionais” e vagas em farmácias com uma orientação mais clínica</p> <p>Número de farmacêuticos a exercer funções clínicas fora das farmácias e hospitais</p> <p>Número de farmacêuticos desempregados e farmacêuticos emigrantes</p> <p>Nível de salário dos farmacêuticos</p> <p>Número de farmacêuticos independentes que publicita a sua actividade</p> <p>Número de organizações profissionais independentes</p>
Procura de Serviços	<p>Número de serviços prestados</p> <p>Rácio entre serviços diferenciados e indiferenciados</p> <p>Número de outros profissionais a prestar serviços nas farmácias</p> <p>Gastos dos utentes com os serviços farmacêuticos</p> <p>Número de anúncios em todos os meios de comunicação a publicitar serviços farmacêuticos</p> <p>Grau de correlação entre a escolha da farmácia e o <i>mix</i> de serviços da farmácia</p>
Sistema de Saúde	<p>Número de prestadores que requerem farmacêuticos para programas de gestão de doença e terapêutica</p> <p>Gastos com campanhas para informação sobre onde encontrar este novo farmacêutico</p> <p>Número de subsistemas que pagam ao farmacêutico os serviços de gestão de doença e terapêutica</p> <p>Número de médicos de família que espera ter um farmacêutico a prestar estes serviços</p>
Evolução dos serviços	<p>Número de serviços que recorrem a tecnologias de informação a sua prestação e suporte</p> <p>Número de farmácias com autorização para vender medicamentos por Internet</p> <p>Número de artigos publicados sobre serviços farmacêuticos inovadores, relacionados com avanços no diagnóstico e tratamento da doença</p> <p>Número de artigos publicados incidindo sobre os serviços farmacêuticos e sua integração no sistema de saúde</p> <p>Número de artigos com análise económica de serviços em revistas <i>peer-reviewed</i></p>
Mercado	<p>Número de farmácias independentes ou integradas em grandes organizações que optam pela prática clínica.</p> <p>Gastos com medicamentos em % do PIB</p> <p>Número de novos MNSRM aprovados</p>
Educação	<p>Número de faculdades e outras instituições de ensino com cursos de formação para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos economicamente sustentáveis</p> <p>Número de faculdades e outras instituições de ensino com cursos de gestão para a área de Farmácia</p>
Técnicos de Farmácia e outros profissionais	<p>Número de técnicos e auxiliares por farmácia</p> <p>Número de técnicos habilitados com licenciatura em farmácia</p> <p>Número de técnicos inscritos nas suas organizações</p>

Fonte: adaptado de Zellmer, 2010

Estes são apenas alguns indicadores, sendo possível encontrar outros que também contribuam para a monitorização da implementação desta nova prática. A informação que é recolhida nestes indicadores irá permitir elaborar as melhores estratégias para a

profissão encontrar o caminho para as suas novas funções, levando em conta os factores e tendências externos, identificando os principais *stakeholders* com quem terá de se relacionar e o que necessita para os fazer aceitar o farmacêutico comunitário como peça essencial numa equipa de cuidados de saúde continuados.

4.7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO E NOVAS QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Como sabemos se os cenários que construímos são os correctos? A questão nunca é se são os cenários correctos, mas sim se estes delimitam os futuros possíveis de forma apropriada e nos ajudam a decidir estratégias (Schoemaker, 1998). Os cenários por nós desenvolvidos cumprem esse objectivo, mantendo as características descritas por Brummel & MacGillivray (2009). Como já vimos, esta é uma ferramenta para aprendizagem colectiva, focando as nossas percepções e delimitando a incerteza, quando esta está demasiado presente. A construção de cenários permite uma reflexão conjunta para apoiar o desenvolvimento estratégico em equipa e o processo de tomada de decisão.

A escolha das duas incertezas críticas para definir os cenários, recorrendo ao uso de uma matriz 2x2, pode resultar em cenários algo arbitrários (Schoemaker, 1998). Isto é, se outras incertezas críticas forem seleccionadas, cenários diferentes poderão emergir. Mas o processo por nós utilizado pretende valorizar a escolha das duas incertezas críticas mais adequadas de forma a abarcar, o melhor possível, todos os futuros prováveis. Depende se olhamos para os cenários como ponto de partida ou como uma arquitectura onde tudo está definido.

Além da subjectividade inerente ao processo de cenarização, o próprio processo é facilmente debilitado por algumas armadilhas em que pode cair. Estas relacionam-se sobretudo com a forma como o processo é conduzido dentro das organizações (aspectos relacionados com a composição da equipa) e com o foco dos cenários (longo vs. curto-prazo; âmbito regional vs. internacional, etc.). Uma das armadilhas em que os gestores e decisores políticos podem cair é apostar apenas num cenário, caindo na tentação de tentar prever o futuro em vez de perspectivarem diversas alternativas. Outra das armadilhas é tomar os cenários como descrições precisas e estáticas (Schoemaker, 1998). De facto, o seu objectivo é delimitar os possíveis futuros dentro de um quadro de análise, num modo flexível que permite ajustamentos à medida que o futuro se

desenrola. Encarámos estas dificuldades como fazendo parte integral do processo de cenarização, mas podem também ser vistas como um ponto fraco da metodologia.

Apesar das limitações, este tipo de estudo reveste-se de grande utilidade para gerar novas questões de investigação, que ajudarão a elaborar as estratégias adequadas para uma efectiva mudança de práticas dos farmacêuticos comunitários portugueses. Assim, após a elaboração destes cenários, surgem-nos algumas novas questões de investigação que poderão ser estudadas nos tempos mais próximos, de forma a elaborar estratégias e a definir qual o papel que o farmacêutico comunitário poderá ter no futuro:

- Estão os currículos actuais adaptados à prática futura;
- Quais as necessidades actuais e futuras de farmacêuticos comunitários em Portugal;
- Quais os serviços que os utentes esperam das farmácias;
- Quais são as necessidades formativas para os farmacêuticos que escolhem emigrar;
- Qual a eficiência económica dos programas de cuidados farmacêuticos;
- Qual o impacto da reorganização do sector das farmácias no mercado e no papel do farmacêutico em Portugal;
- Qual o impacto das medidas do memorando de entendimento no mercado das farmácias;
- Qual o impacto de farmacêuticos com direitos de prescrição;
- Que expectativas têm os actuais farmacêuticos comunitários para o seu futuro;
- Que impacto terá a remuneração por serviços em vez de produtos;
- Que impacto terá um farmacêutico a exercer numa ULS;
- Que novas tecnologias de informação poderão ser utilizadas e qual o seu impacto;

Respondendo às questões iniciais, parece claro que é possível encontrar outro papel para o farmacêutico comunitário desempenhar dentro do sistema de saúde. O mais

provável é que no futuro só será viável a existência de um farmacêutico comunitário se este assumir outras funções para lá da dispensa de medicamentos. Este novo paradigma de actuação do farmacêutico poderá levá-lo a ser finalmente integrado no sistema de saúde em equipas multidisciplinares de gestão de doença ou como gestor de informação nas ULS. Com a crescente saída de novos profissionais das universidades, é muito provável que, se nada se alterar, se esteja a formar profissionais em excesso para o mercado nacional. Estes jovens, não encontrando saídas nas tradicionais áreas de actividade do farmacêutico, serão forçados a emigrar em busca de novas oportunidades, requerendo por vezes uma adaptação das competências adquiridas ao longo da sua formação.

CAPITULO 5: CONCLUSÃO

A utilização da análise de cenários na fase de pensamento estratégico de uma organização demonstra com este trabalho, ser de grande utilidade para o planeamento dos recursos humanos. Conseguimos perceber quais as tendências das necessidades futuras dos farmacêuticos comunitários em 3 cenários distintos, que irão permitir melhor adequar as estratégias tanto de formação como de utilização deste profissional no sistema de saúde e no mercado.

Reflectindo a mudança gradual das práticas farmacêuticas, os farmacêuticos comunitários vão assumindo um novo papel dentro do sistema de saúde. Idealmente, as duas actividades, de dispensa e partilha de responsabilidades pelos resultados da terapêutica podem ser compatíveis, e o desenvolvimento deste novo papel pode ser balanceado entre as duas actividades. No entanto, parece claro que não há futuro a longo-prazo na actividade de dispensa para os farmacêuticos comunitários. Mesmo a actividade de aconselhamento que acompanha a dispensa, com o recurso às tecnologias de informação está a ameaçada. O único futuro que aparenta ser sustentável a longo-prazo é a prestação de cuidados ao doente.

A prestação de serviços farmacêuticos como principal actividade do farmacêutico irá depender da demonstração da real mais-valia para o Sistema de Saúde e para os Utentes mas parece ser fortemente dependente de significativas alterações legislativas, sobretudo no que concerne ao financiamento destes serviços.

Os farmacêuticos comunitários portugueses já demonstraram terem abraçado os princípios deste seu novo papel, sendo provável que a mudança será implementada com o apoio da generalidade dos profissionais. O papel das organizações profissionais, Ordem e ANF, mas também das diversas faculdades, será fundamental, como representantes dos profissionais junto do governo e *policy-makers*, fazendo uso do conhecimento que possuem do mercado e da profissão para com um adequado planeamento estratégico fazerem a transição para o modelo clínico.

A mudança da profissão para o foco no doente, para a sua faceta mais clínica, implica novas formas de trabalhar, de interagir com o doente e com os restantes prestadores de cuidados. Nesta interacção, as novas tecnologias de informação poderão desempenhar um papel fundamental, abrindo a possibilidade de o farmacêutico poder

ser o principal responsável pelo contacto com o utente recorrendo a estas tecnologias. De qualquer forma, a aquisição de competências comportamentais e comunicacionais será fundamental para a melhoria contínua dos serviços prestados.

A curto-prazo, as alterações propostas pelo memorando do acordo de financiamento terão um impacto que importa conhecer na estabilidade e situação financeira das farmácias, o que certamente terá implicações no emprego de farmacêuticos e no seu desenvolvimento profissional, mas que também exigirá dos profissionais que desempenham funções de gestão a aquisição de competências nessa área. Com as alterações que se prevêem, surge uma oportunidade que pode ser aproveitada para que este movimento de transformação das práticas farmacêuticas na comunidade se efectue.

A integração no Sistema de Saúde, nomeadamente nos CSP, é uma ambição dos farmacêuticos comunitários que já implementaram os Cuidados Farmacêuticos nas suas farmácias e que perceberam o seu potencial. A posição que os farmacêuticos comunitários ocupam no Sistema de Saúde seria a ideal para funcionar como principal ponto de acesso aos CSP. No entanto, a função desempenhada, com a imagem de vendedor a estar muito presente, leva a que os outros profissionais não valorizem a prestação do farmacêutico como profissional de saúde. Para que isto se altere, é necessária uma nova aproximação aos restantes profissionais envolvidos na gestão da doença, para que todos em conjunto elaborem as melhores estratégias que contribuam para a melhoria da eficiência do sistema como um todo e para a melhoria dos cuidados ao doente.

Para que a filosofia dos serviços farmacêuticos seja difundida e sustentável é necessário assegurar o financiamento dos serviços mas também ir de encontro às necessidades e procura dos utentes. As necessidades estão já identificadas, cabendo agora ao farmacêutico procurar formas de fazer os seus serviços serem procurados.

A mudança será mais efectiva se todos os profissionais estiverem envolvidos. Para isso, tem de haver uma liderança forte, com visão do futuro e capacidade de planeamento estratégico, para assim influenciar tanto os profissionais na comunidade como os *policy-makers*. O futuro parece promissor, mas só existirá se este movimento for concretizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, A. Year. Educating pharmacists on Novel Pharmaceutical Products. *In*: SPCF, ed. European Association of Faculties of Pharmacy Annual Congress - New Roles for Pharmacy and Pharmacists in Europe: A Challenge for Education in Pharmacy, 2011 Lisboa. Ordem dos Farmacêuticos.
- ANDERSON, S. 2002. The state of the world's pharmacy: a portrait of the pharmacy profession. *J Interprof Care*, 16, 391-404.
- ANF. 2010. *Farmácia em Portugal* [Online]. Available: http://www.anf.pt/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=107&Itemid=107 [Accessed 15/05/2011].
- ARAÚJO, R. 2010. Uma em cada quatro farmácias não paga aos fornecedores. *Jornal i*, 20/08/2010.
- ASTRAND, B., MONTELIUS, E., PETERSSON, G. & EKEDAH, A. 2009. Assessment of ePrescription quality: an observational study at three mail-order pharmacies. *BMC Med Inform Decis Mak*, 9, 8.
- BARROS, P. P. & SIMÕES, J. A. 2007. Portugal: Health System Review. *In*: ALLIN, S. & MOSSIALOS, E. (eds.) *Health Systems in Transition*. European Observatory on Health Systems and Policies.
- BCE, UE & IMF. 2011. Portugal: Memorandum of Understanding on Specific Economic Policy Conditionality : 3 May 2011. Available: <https://infoeuropa.euroid.pt/registo/000046716/> [Accessed 31/05/2011].
- BENRIMOJ, S. Year. Educating pharmacists to provide new Pharmacy Services. *In*: SPCF, ed. European Association of Faculties of Pharmacy Annual Congress - New Roles for Pharmacy and Pharmacists in Europe: A Challenge for Education in Pharmacy, 2011 Lisboa. Ordem dos Farmacêuticos.
- BERENGUER, B., LA CASA, C., DE LA MATTA, M. J. & MARTIN-CALERO, M. J. 2004. Pharmaceutical care: past, present and future. *Curr Pharm Des*, 10, 3931-46.
- BJORNBERG, A., GARROFÉ, B. C. & LINDBLAD, S. 2009. Euro Health Consumer Index. Health Consumer Powerhouse.
- BRUMMELL, A. & MACGILLIVRAY, G. 2009. Introduction to Scenarios. Scenarios to Strategy Inc.
- BRYSON, J. A. 1988. A Strategic Planning Process for Public and Non-profit Organizations. *Long Range Planning*, 21, 73-81.
- CALABRETTO, J.-P., COUPER, D., MULLEY, B., NISSEN, M., SIOW, S., TUCK, J. & WARREN, J. Year. Agent Support for Patients and Community Pharmacists. *In*: 35th Hawaii International Conference on System Sciences, 2002.
- CARRICO, J. M. 2000. Human Genome Project and pharmacogenomics--implications for pharmacy. *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 40, 115-6.
- CAVACO, A. M., DIAS, J. P. & BATES, I. P. 2005. Consumers' perceptions of community pharmacy in Portugal: a qualitative exploratory study. *Pharm World Sci*, 27, 54-60.
- CAVACO, A. M. N. & BATES, I. P. 2007. Gauging Portuguese community pharmacy users' perceptions (Abstract). *Primary Health Care Research and Development*, 8, 315-325

- CAVACO, M., CONDINHO, M., MIRANDA, F. & SINOGAS, C. Year. A Different Approach for the Exercise of Pharmaceutical Care in Portugal. *In: VI Congreso Nacional de Atención Farmacéutica*, 2009 Sevilla.
- CERQUEIRA, M. 2011. Farmácias. Partidos divididos quanto a aconselhamento pago. *Jornal i*, 29 Abril 2011.
- CHAUVET, A. 1995. *Métodos de gestão: o guia.*, Lisboa, Instituto Piaget
- CHISHOLM-BURNS, M. A., GRAFF ZIVIN, J. S., LEE, J. K., SPIVEY, C. A., SLACK, M., HERRIER, R. N., HALL-LIPSY, E., ABRAHAM, I. & PALMER, J. 2010. Economic effects of pharmacists on health outcomes in the United States: A systematic review. *Am J Health Syst Pharm*, 67, 1624-34.
- CIPOLLE, R., STRAND, L. & MORLEY, P. 1998. A reimbursement system for pharmaceutical care. *Pharmaceutical Care Practice*. New York:: McGraw-Hill.
- CLEMERSON, J. P., PAYNE, K., BISSELL, P. & ANDERSON, C. 2006. Pharmacogenetics, the next challenge for pharmacy? *Pharm World Sci*, 28, 126-30.
- COSTA, F. 2007. Presente e futuro da prescrição farmacêutica: realidades inglesa e portuguesa. *Mundo Farmacêutico*. Lisboa: JAS Farma.
- COSTA, F. A. D., GUERREIRO, J. P. & DUGGAN, C. 2006a. Um exame à Qualidade de Vida dependente da Diabetes (ADDQoL) em Portugal: avaliação da validade e fiabilidade. *Pharmacy Practice*, 4, 123-128.
- COSTA, S., SANTOS, C. & SILVEIRA, J. 2006b. Community pharmacy services in Portugal. *Ann Pharmacother*, 40, 2228-34.
- CRANOR, C. W., BUNTING, B. A. & CHRISTENSEN, D. B. 2003. The Asheville Project: long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *J Am Pharm Assoc (Wash)*, 43, 173-84.
- DGS 2009. Elementos Estatísticos, Informação Geral Saúde/2007. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- DOBSON, R. T. & PEREPELKIN, J. 2010. Pharmacy ownership in Canada: Implications for the authority and autonomy of community pharmacy managers. *Res Social Adm Pharm*.
- DOUCETTE, W. R., KRELING, D. H., SCHOMMER, J. C., GAITHER, C. A., MOTT, D. A. & PEDERSEN, C. A. 2006. Evaluation of Community Pharmacy Service Mix: Evidence From the 2004 National Pharmacist Workforce Study. *J Am Pharm Assoc*. 2006;46(3):348-355, 46, 348-355.
- DOUPI, P., RENKO, E., GIEST, S. & DUMORTIER, J. 2010. eHealth Strategies - Country Brief: Sweden. Bonn / Brussels: European Commission, DG Information Society and Media, ICT for Health Unit.
- DUARTE, A., NUNES, F. & MARTINS, L. 2007. Responsabilidade Social no Sector as Farmácias em Portugal. *In: GEST-IN/ISCTE* (ed.). Lisboa.
- DUSSAULT, G. & FRANCESCHINI, M. C. 2006. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Human Resources for Health*, 4:12.
- E.S. 2010. Venda de remédios 'online' fracassa. *Diário de Notícias*, 5 Novembro 2010.

- EL-IBIARY, S. Y., CHENG, C. & ALLDREDGE, B. 2008. Potential roles for pharmacists in pharmacogenetics. *J Am Pharm Assoc* (2003), 48, e21-29; quiz e30-32.
- FELETTI, E., WILSON, L. K., ROBERTS, A. S. & BENRIMOJ, S. I. 2010. Flexibility in community pharmacy: a qualitative study of business models and cognitive services. *Pharm World Sci*, 32, 130-8.
- FELKEY, B. G. 2006. The Status of US Community Pharmacy Practice Technology and Management Web Connectivity. In: REVIEW, U. P. (ed.) *Technology and Automation*. Alabama: Harrison School of Pharmacy, Auburn University.
- FERGUSON, J., ASHCROFT, D. & HASSELL, K. 2011. Qualitative insights into job satisfaction and dissatisfaction with management among community and hospital pharmacists. *Res Social Adm Pharm*.
- FERNANDEZ-LLIMOS, F. Year. Desenvolvimento de conceitos em "Cuidados Farmacêuticos". In: SPCF, ed. IV Congresso Ibero-Americano de Ciências Farmacêuticas, 2011 Lisboa. Ordem dos Farmacêuticos.
- FOX, N., WARD, K. & O'ROURKE, A. 2005. The birth of the e-clinic. Continuity or transformation in the UK governance of pharmaceutical consumption? *Soc Sci Med*, 61, 1474-84.
- GALLAGHER, R. M. & GALLAGHER, H. C. 2010. Improving the working relationship between doctors and pharmacists: is inter-professional education the answer? *Adv Health Sci Educ Theory Pract*.
- GARÇÃO, J. A. & CABRITA, J. 2002. Evaluation of a Pharmaceutical Care Program for Hypertensive Patients in Rural Portugal. *Journal of the American Pharmaceutical Association* 42, 858 - 864
- GASTELURRUTIA, M. A., BENRIMOJ, S. I., CASTRILLON, C. C., DE AMEZUA, M. J., FERNANDEZ-LLIMOS, F. & FAUS, M. J. 2009. Facilitators for practice change in Spanish community pharmacy. *Pharm World Sci*, 31, 32-9.
- GODET, M. 2000. The art of scenarios and strategic planning: Tools and pitfalls. *Technological Forecasting and Social Change*, 65, 3-22.
- GRIER, S. & BRYANT, C. A. 2005. Social marketing in public health. *Annu Rev Public Health*, 26, 319-39.
- GUERREIRO, M., CANTRILL, J. & MARTINS, P. 2010. Acceptability of community pharmaceutical care in Portugal: a qualitative study. *J Health Serv Res Policy*, 15, 215-22.
- HEPLER, C. & STRAND, L. 1990. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*, 47, 533-543.
- INFARMED 2006. Estatística do Medicamento 2004. Lisboa: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento.
- INFARMED. 2009. *Farmácias com farmacêuticos tecnicamente habilitados a efectuar o seguimento dos doentes nos moldes previstos no Nível II de intervenção do Protocolo de Colaboração da Diabetes Mellitus e Número de doentes por farmácia* [Online]. Lisboa. Available: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/DISPOSITIVOS_MEDICOS/PROGrama%20CONTROLO%20DIABETES%20MELLITUS/FARMACIAS_ABRANGIDAS_PELLO%20PROTOCOLO/FARMACIAS_NIVEL_II/2009/Lista2_200910.pdf [Accessed 26/06/2011].
- INFARMED 2010. Estatística do Medicamento 2009. Lisboa: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento.

- INFARMED 2011. Vendas de Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica fora das Farmácias - Março 2011. Lisboa: Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento.
- INFSO, D. 2006. Sweden – eRecept, an ePrescribing application. *eHealth Impact* 7.2. Stockholm Apoteket and Stockholm County Council.
- KATZ, S. J. & MOYER, C. A. 2004. The Emerging Role of Online Communication Between Patients and Their Providers. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 978-983.
- KNAPP, D. A. 1992. Pharmacy practice in 2040. *Am J Hosp Pharm*, 49, 2457-61.
- KREPS, G. L. & NEUHAUSER, L. 2010. New directions in eHealth communication: opportunities and challenges. *Patient Educ Couns*, 78, 329-36.
- LAMB, M. 2010. *Improving Patient Compliance in Clinical Trials - Smart Packages or Smart Design?* [Online]. Available: http://www.css-almac.com/papers/Papers/Improving_Patient_Compliance_in_CTS.pdf [Accessed 30/05/2011].
- LAPÃO, L. 2010. Saúde 2.0: O Valor das Comunidades Virtuais para a Saúde, Tecno-Hospitalar *Revista de Engenharia e Gestão da Saúde*, 37, 8-12.
- LAPÃO, L. V. & THORE, S. Year. Prioritizing R&D Projects in the Face of Technological and Market Uncertainty: Scenario Planning in the Telecommunication Business. *In: 12th International Conference on Forecasting*, 1998 Edinburgh.
- LEUFKENS, H., HEKSTER, Y. & HUDSON, S. 1997. Scenario analysis of the future of clinical pharmacy. *Pharm World Sci*, 19, 182-5.
- LLUCH, M. 2009. Are regulations of community pharmacies in Europe questioning our pro-competitive policies? *Eurohealth*, 15, 3.
- LLUCH, M. & KANAVOS, P. 2010. Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain. *Health Policy*, 95, 245-54.
- MADDUX, M. S., DONG, B. J., MILLER, W. A., NELSON, K. M., RAEBEL, M. A., RAEHL, C. L. & SMITH, W. E. 2000. A vision of pharmacy's future roles, responsibilities, and manpower needs in the United States. American College of Clinical Pharmacy. *Pharmacotherapy*, 20, 991-1020.
- MANFRIN, A., GILL, T., RECALDE, L., POZO, A. S., POLAK, S., MORAIS, J., MENEZES, J. & CAPARROTTA, L. Year. New Pharmacies and Pharmacists in Europe: "What Gets Measured Gets Done". *In: SPCF, ed. European Association of Faculties of Pharmacy Annual Congress - New Roles for Pharmacy and Pharmacists in Europe: A Challenge for Education in Pharmacy*, 2011 Lisboa. Ordem dos Farmacêuticos.
- MCTES. 2011. *Acesso ao Ensino Superior - Índice de cursos* [Online]. Lisboa. Available: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Acesso/Genericos/IndicedeCursos/> [Accessed 29/05/2011].
- MINTZBERG, H. 1994. The Fall and Rise of Strategic Planning. *Harvard Business Review*, 107-114.
- MONTGOMERY, A. T., KALVEMARK-SPORRONG, S., HENNING, M., TULLY, M. P. & KETTIS-LINDBLAD, A. 2007. Implementation of a pharmaceutical care service: prescriptionists', pharmacists' and doctors' views. *Pharm World Sci*, 29, 593-602.
- MORGALL, J. M. & ALMARSODOTTIR, A. B. 1999. No struggle, no strength: how pharmacists lost their monopoly. *Soc Sci Med*, 48, 1247-58.

- MOSSIALOS, E., MRAZEK, M. & WALLEY, T. 2004. *Regulating Pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*, European Observatory on Health Care Systems.
- MUIJRERS, P. E., KNOTTNERUS, J. A., SIJBRANDIJ, J., JANKNEGHT, R. & GROL, R. P. 2003. Changing relationships: attitudes and opinions of general practitioners and pharmacists regarding the role of the community pharmacist. *Pharm World Sci*, 25, 235-41.
- MUNDY, D. & CHADWICK, D. W. 2004. Electronic transmission of prescriptions: towards realising the dream. *Int J Electron Healthc*, 1, 112-25.
- NORGAARD, L. S., COLBERG, L. & NIEMANN, M. R. 2001. The role of the Danish community pharmacist: perceptions and future scenarios. *Pharm World Sci*, 23, 159-64.
- O.F. 2009. *Dados Estatísticos, Novembro 2009* [Online]. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos. Available: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1914 [Accessed 15/05/2011].
- O.F. 2010. *Atribuições e Intervenção* [Online]. Ordem dos Farmacêuticos. Available: http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid//ofWebInst_09/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=1852 [Accessed 15/05/2011].
- OFFICE, C. 1999. *Modernising Government - Presented to Parliament by the Prime Minister and the Minister for the Cabinet Office by Command of Her Majesty Cm 4310*. London: Stationery Office.
- OR, Z., CASES, C., LISAC, M., VRABGBAEK, K., WINBLAD, U. & BEVAN, G. 2009. Are Health Problems Systemic? - Politics of Access and Choice under Beveridge and Bismarck Systems. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé.
- PAULINO, E., GUERREIRO, M. P., CANTRILL, J. A., MARTINS, A. P., COSTA, F. A. D. & BENRIMOJ, S. I. C. 2010. Community pharmacists' and physicians' inter-professional work: insights from qualitative studies with multiple stakeholders. *Rev Port Clin Geral*, 26, 590-606.
- PETROPOULOU, S. G., BEKAKOS, M. P. & GRAVVANIS, G. A. Year. E-prescribing - Telepharmacy. In: 7th Hellenic European Conference on Computer, 2005 Athens.
- PITA, J. R. 2010. Breve História da Propriedade de Farmácia de Oficina em Portugal.
- PORDATA. 2011. *Dados estatísticos da área da saúde 2000-2009* [Online]. Available: http://www.pordata.pt/azap_runtime/?n=4 [Accessed 02/02/2011].
- RESNIK, D. B., RANELLI, P. L. & RESNIK, S. P. 2000. The conflict between ethics and business in community pharmacy: what about patient counseling? *J Bus Ethics*, 28, 179-86.
- ROBERTS, A. S., BENRIMOJ, S. I., CHEN, T. F., WILLIAMS, K. A., HOPP, T. R. & ASLANI, P. 2005. Understanding practice change in community pharmacy: a qualitative study in Australia. *Res Social Adm Pharm*, 1, 546-64.
- RODRIGUES, A., MARQUES, F. B., FERREIRA, P. L. & RAPOSO, V. 2007. Estudo do Sector das Farmácias em Portugal. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra.
- RODRIGUES, V., RIBEIRO, T., SILVA, S. & VASCONCELOS, H. 2005. A situação concorrencial no sector das farmácias. Porto: Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada - Universidade Católica Portuguesa.

- ROSENTHAL, M., AUSTIN, Z. & TSUYUKI, R. T. 2010. Are pharmacists the ultimate barrier to pharmacy practice change? *Canadian Pharmacist Journal*, 143, 37-42.
- SANTANA, P. 2002. Poverty, social exclusion and health in Portugal. *Social Science & Medicine*, 55, 33-45.
- SANTANA, S. 2009. Tendências na Utilização da Internet para Questões de Saúde e Doença em Portugal 2005-2007. *Acta Med Port*, 22, 5-14.
- SANTOS, O. 2010. O papel da literacia em Saúde: capacitando a pessoa com excesso de peso para o controlo e redução da carga ponderal. *Endocrinologia, Diabetes e Obesidade* 4, 127-134.
- SCEARCE, D. & FULTON, K. 2004. *What If? The Art of Scenario Thinking for Nonprofits*, Global Business Network.
- SCHOEMAKER, P. J. H. 1993. Multiple scenario development: Its conceptual and behavioral foundation. *Strategic Management Journal*, 14, 193-213.
- SCHOEMAKER, P. J. H. 1995. Scenario Planning: A Tool for Strategic Thinking. *Sloan Management Review*, 36, 25-40.
- SCHOEMAKER, P. J. H. 1998. Twenty Common Pitfalls in Scenario Planning. In: SONS, W. (ed.) *Learning from the Future*.
- TAVARES, L. V. 2000. *A Engenharia e a Tecnologia ao Serviço do Desenvolvimento de Portugal: Prospectiva e Estratégia, 2000-2020*, Lisboa.
- TRUTAGS. 2011. *Market Applications: Medicine and food products* [Online]. Trutag technologies: Spectral microtags for product security. Available: http://www.trutags.com/market_medicine.html [Accessed 01/06/2011].
- TSUYUKI, R. T. & SCHINDEL, T. J. 2008. Changing pharmacy practice: The leadership challenge. *Canadian Pharmacist Journal*, 141, 174-180.
- VAN MIL, J. W., FROKJAER, B. & TROMP, T. F. 2004a. Changing a profession, influencing community pharmacy. *Pharm World Sci*, 26, 129-32.
- VAN MIL, J. W., SCHULZ, M. & TROMP, T. F. 2004b. Pharmaceutical care, European developments in concepts, implementation, teaching, and research: a review. *Pharm World Sci*, 26, 303-11.
- WACK, P. 1985. Scenarios - Uncharted Waters Ahead. *Harvard Business Review*, 63, 72-89.
- WHO 1993. The Role of the Pharmacist in the Health Care System - Report of a WHO Meeting. Tokyo: World Health Organization.
- WIEDENMAYER, K., SUMMERS, R. S., MACKIE, C. A., GOUS, A. G. S. & EVERARD, M. 2006. *Developing pharmacy practice - A focus on patient care*, Geneva, World Health Organization and International Pharmaceutical Federation.
- WSHA 2011. Governing Board Orientation Manual Strategic Planning In: ASSOCIATION, W. S. H. (ed.).
- ZELLMER, W. A. 2010. Pharmacy's future: Transformation, diffusion, and imagination. *Am J Health Syst Pharm*, 67, 1199-204.